

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juin 1895, à 1 heure

Par GUSTAVE LE FILLIATRE

Né à Grenoble (Isère), le 31 janvier 1870

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (PRIX BARBIER, 1895)

Ancien interne des asiles de la Seine et de l'infirmerie du Dépôt

Médaille de bronze de l'Assistance Publique (Externat, 1891)

Mention honorable de la Société Médico-Psychologique (PRIX ESQUIROL, 1893)

Médaille d'argent des boursiers Pélerin (1894)

Ex-préparateur au laboratoire de la Clinique des Maladies Mentales
de la Faculté de médecine de Paris

NOUVELLE MÉTHODE GRAPHIQUE

PERMETTANT D'ENREGISTRER

TOUS LES TREMBLEMENTS

(PRIX BARBIER, 1895)

APPLICATION DE CETTE MÉTHODE DANS UN ESSAI SUR LES
TROUBLES MOTEURS DE L'ALCOOLISME.

Président : M. CORNIL, *professeur*.

Juges : MM. HALLOPEAU,

BALLET,

ROGER,

} *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553811_0026

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juin 1895, à 1 heure

Par GUSTAVE LE FILLIATRE

Né à Grenoble (Isère), le 31 janvier 1870

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris (PRIX BARBIER, 1895)

Ancien interne des asiles de la Seine et de l'infirmerie du Dépôt

Médaille de bronze de l'Assistance Publique (Externat, 1891)

Mention honorable de la Société Médico-Psychologique (PRIX ESQUIROL, 1893)

Médaille d'argent des boursiers Pèlerin (1894)

Ex-préparateur au laboratoire de la Clinique des Maladies Mentales
de la Faculté de médecine de Paris

NOUVELLE MÉTHODE GRAPHIQUE

PERMETTANT D'ENREGISTRER

TOUS LES TREMBLEMENTS

(PRIX BARBIER, 1895)

APPLICATION DE CETTE MÉTHODE DANS UN ESSAI SUR LES
TROUBLES MOTEURS DE L'ALCOOLISME.

Président : M. CORNIL, *professeur*.

Juges : MM. HALLOPEAU,
BALLET,
ROGER, } *agréés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	REITTERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEYS.	NÉLATON.	SEBILÉAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	QUÉNU.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.		WEISS.
DÉJÉRINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FRÈRE ARMAND LE FILLIATRE

A MON MAITRE VÉNÉRÉ PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CORNIL

SÉNATEUR DE L'ALLIER
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR BALLET

PROFESSEUR AGRÉGÉ
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE DOCTEUR ROQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL BICHAT

M. LE DOCTEUR BONNAIRE

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

A MES MAITRES EN ALIÉNATION

MM. LES DOCTEURS VALLON, PAUL GARNIER ET FALRET

AVANT-PROPOS

Notre thèse comprend deux parties bien distinctes.

Dans la première nous nous sommes occupé, sur les conseils de deux de nos excellents maîtres, les Docteurs Ballet et Vallon, de chercher à enregistrer le tremblement de la langue. Au bout de plusieurs mois, nous avons enfin trouvé un dispositif, nous donnant le graphique du tremblement de la langue. Bientôt après, secondé par l'habileté de notre constructeur, M. Ch. Verdin, nous sommes arrivé à modifier ce dispositif, de façon à pouvoir enregistrer tous les tremblements (corps, membres, face, langue etc.)

Dans la seconde et sur l'avis de nos maîtres les Docteurs Ballet et Paul Garnier nous avons appliqué notre méthode graphique dans un *essai des troubles moteurs dans l'alcoolisme*.

Qu'il nous soit permis au commencement de ce travail, de remercier nos maîtres dans les Hôpitaux et les Asiles qui ont toujours si bien su, par leur savant enseignement, diriger nos pas dans nos études médicales.

Que nos excellents maîtres les Docteurs Ballet, Vallon et Paul Garnier veuillent bien accepter l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'ils n'ont jamais cessé de nous témoigner et pour la bienveillante attention avec laquelle ils ont guidé et facilité nos recherches.

Que notre maître vénéré M. le professeur Cornil daigne agréer l'expression de notre profonde gratitude pour le savant enseignement clinique et anatomo-pathologique qui nous a été si utile pendant deux années d'externat passées dans son service, et pour

l'insigne faveur qu'il veut bien nous accorder aujourd'hui en présidant notre thèse.

Nous remercions notre maître M. le Docteur Bonnaire et notre maître et ami M. le Docteur Toupet de nous avoir initié à l'art de la gynécologie.

Nous n'oublierons pas notre ami le Docteur Klippel, qui nous a toujours aidé de ses conseils, pendant que nous travaillions à ses côtés au laboratoire de la clinique.

Que nos autres maîtres, nous permettent de leur témoigner toute notre reconnaissance et nos marques d'affection et de respect :

MM. les Docteurs Bouilly et Roque pour le dévouement avec lequel ils n'ont cessé de guider nos premiers pas pendant tout le temps que nous avons été leur externe.

M. le Docteur Barthe pour nous avoir enseigné les principes de l'auscultation.

M. le Docteur Falret, médecin de la Salpêtrière dont la bonté et la bienveillance ne se sont jamais démenties à notre égard.

M. le Docteur Bouchereau, médecin en chef de l'asile Ste-Anne pour les marques d'affection qu'il nous a toujours témoignées pendant l'année d'Internat que nous avons passé dans son service.

Qu'il nous soit aussi permis d'adresser nos remerciements sincères à MM. les Docteurs Legendre, Delpeuch, Ottinger, Boursi, Richardière, médecins des Hôpitaux pour les bons préceptes qu'ils nous ont enseignés, pendant que nous étions leur externe au Bureau Central.

PREMIÈRE PARTIE

Nouvelle méthode graphique (1) permettant d'enregistrer tous les tremblements en particulier le tremblement de la langue et de certains muscles comme l'orbiculaire des lèvres.

Le tremblement des membres et du corps dans les différentes maladies nerveuses était jusqu'à ce jour enregistré cliniquement par des appareils donnant pour la plupart le graphique du tremblement RELATIF et non du tremblement ABSOLU ; quant au tremblement de la langue ou de certains muscles superficiels comme l'orbiculaire des lèvres, par exemple, il n'avait pas encore été permis d'en obtenir le graphique sur le cylindre enregistreur.

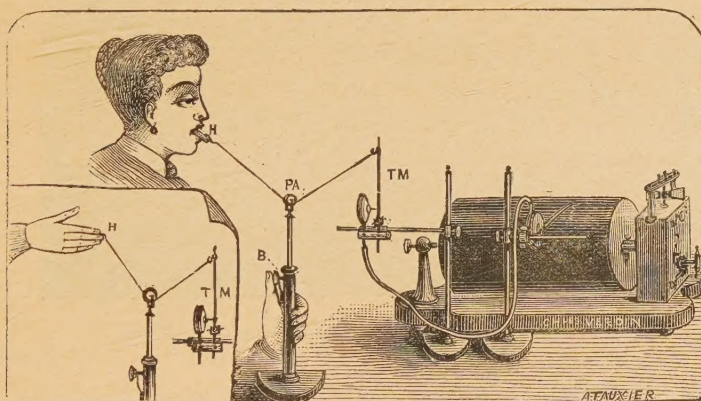


Fig. 1. — Appareil enregistreur.

(1) Une description sommaire de notre appareil a déjà été publiée dans les *Archives de Neurologie*, n° 91, et dans le *Traité de Médecine Charcot Bouchard*, t. VI, p. 1035 par mon maître le D^r BALLET.

Passons rapidement en revue les différents procédés employés jusqu'à ce jour.

L'appareil dont s'est servi M. le Dr Fernet (catalogue de Ch. Verdin, novembre 1890, fig. 136), dans son *Etude sur les tremblements* (Thèse d'agrégation, Paris, 1872), et dont se sert l'Ecole de la Salpêtrière, se compose d'un tambour à réaction de Marey muni d'une tige métallique permettant au malade de le tenir à la main. La paroi mobile du tambour, porte à son centre une tige sur laquelle on visse une masse métallique.

(Vitesse lente)

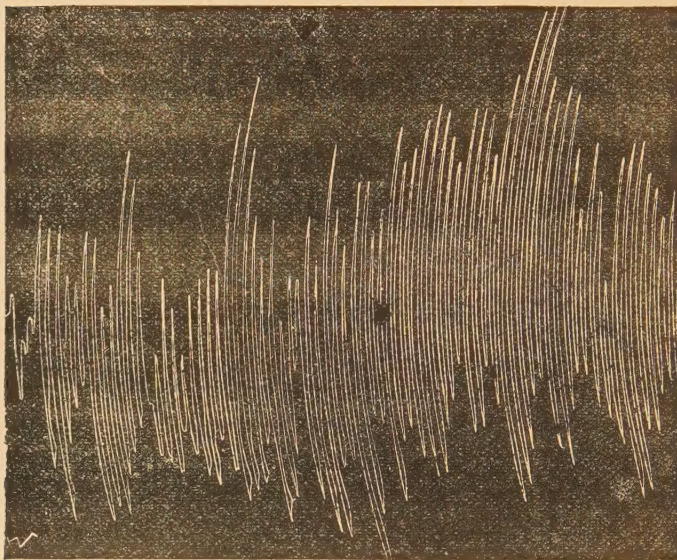


Fig. 2. — Tremblement de la main chez un Parkinson.

Les oscillations de la main tenant le tambour se transmettent, par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc, au tambour enregistreur dont le style se meut sur le cylindre noirci. On comprend facilement qu'avec cette technique on n'enregistre que le tremblement RELATIF de la main tenant le tambour (c'est-à-dire en

état de contraction musculaire). Je dis que le tremblement ainsi obtenu est RELATIF, car il faut une secousse musculaire assez forte pour mettre en mouvement la masse pesante que supporte la membrane de caoutchouc ; par suite des secousses musculaires, assez faibles pour ne pas déplacer la masse pesante, ne se trouveront pas enregistrées. Quant au tremblement à l'état de repos il n'est pas permis d'en avoir le graphique.

M. le D^r Dutil, dans son *Etude clinique des tremblements hystériques* (Thèse de doctorat. Paris, 1891), se sert d'un procédé presque analogue, mais plus précis. Le tambour au lieu d'être tenu à la main « est monté sur une plaque en métal que l'on fixe solidement sur la face dont on se propose d'enregistrer les oscillations ». Avec ce procédé on obtient le graphique du tremblement sans que le malade ait à faire le moindre effort. Néanmoins c'est toujours le tremblement RELATIF qui est enregistré et non le tremblement ABSOLU ; une certaine partie du travail étant employée à déplacer la masse métallique fixée sur la membrane de caoutchouc.

M. le D^r Dutil, pour des oscillations trop violentes, explore « directement les muscles en appliquant un tambour myographique soit sur la face postérieure de l'avant-bras, soit sur la région antérieure de la cuisse ».

Avec cette technique on enregistre la contraction musculaire du muscle sur lequel porte le tambour myographique et non le tremblement du membre dans sa totalité.

Fubini (*No vometodo per scrivere, il tremore, Ann. univ. de med. e chir.*, Milano, 1886, col. XXVII, 331-339) décrit un appareil permettant d'enregistrer le tremblement absolu de la MAIN ET DE L'AVANT-BRAS SEULEMENT, et ne pouvant s'employer que pour des oscillations ne dépassant pas une certaine amplitude.

Le procédé photographique plus précis que les précédents, comme le fait remarquer M. le D^r Dutil, « pourvu qu'on ait soin de se placer dans les conditions invariables (même objectif, mise

au point exacte, etc.) a, de plus, l'avantage de fournir des tracés qui indiquent la direction des oscillations et dans le sens vertical et dans le sens transversal. Mais il a le défaut d'exiger un dispositif plus compliqué, d'être d'un maniement plus délicat que le procédé graphique ordinaire » ; ce n'est donc pas un procédé pratique en clinique.

Tous ces procédés ne permettent pas d'enregistrer le TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DE CERTAINS MUSCLES COMME L'ORBICULAIRE DES LÈVRES.

M. le Dr Féré, cherchant à enregistrer les mouvements ataxiques de la langue, avait fait construire un appareil (catalogue Ch. Verdin, octobre 1830, fig. 137) se composant d'un tambour de Marey portant un petit index fixé au centre de la membrane de caoutchouc. Le tambour se termine par un tube en métal, auquel s'adapte un tube en caoutchouc qui le met ainsi en communication avec un deuxième tambour enregistreur. Le tube en métal glisse à frottement dans un support, ce qui permet de rapprocher plus ou moins l'index de la bouche du malade. Faisant tirer la langue au malade, le style remue chaque fois que la langue touche l'index. Cherchant, au moyen de cet appareil, à enregistrer les mouvements de la langue chez les paralytiques généraux et les alcooliques aigus, nous avons remarqué qu'il est très difficile d'obtenir des malades de diriger exactement leur langue sur l'index et par suite de venir le toucher ; tantôt le malade porte sa langue soit au-dessus, soit au-dessous, tantôt il la retire en arrière et enfin jamais il ne touche l'index d'une façon continue. D'un autre côté, il est impossible d'enregistrer avec cet appareil les mouvements de la langue lorsqu'elle repose sur le plancher buccal, quant au TREMBLEMENT FIBRILLAIRE, au TREMBLEMENT VERMICULAIRE, il n'est pas possible d'en obtenir le graphique.

Après avoir cherché longtemps à enregistrer les TREMBLEMENTS ABSOLUS des membres, de certains muscles, comme l'orbiculaire des lèvres, de la langue maintenue hors de la bouche ou dans la

cavité buccale, nous avons été assez heureux pour trouver un APPAREIL DONNANT A LUI SEUL le graphique de ces différents tremblements.

(Vitesse lente)

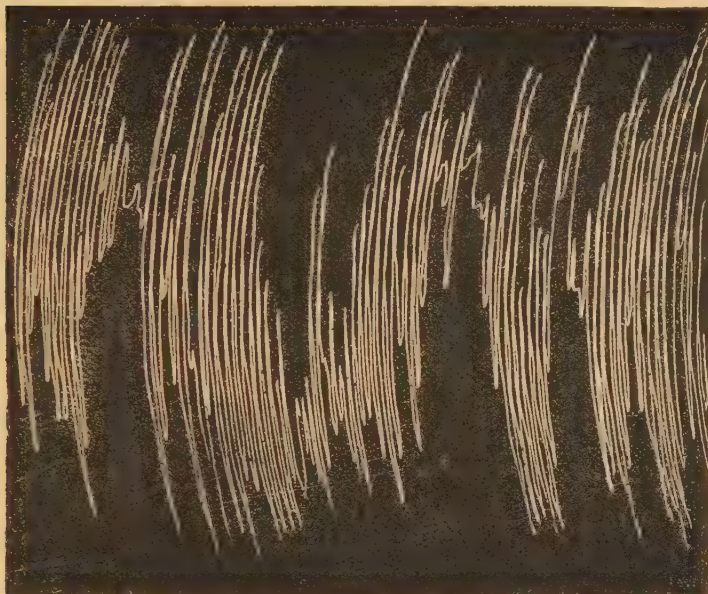


Fig. 3. — Tremblement de la langue hors de la bouche dans l'alcoolisme aigu.

Notre appareil se compose de deux tambours de de Marey, l'un enregistreur, l'autre à réaction, chargé de transmettre au tambour enregistreur, au moyen d'un tube en caoutchouc, les vibrations communiquées au levier TM par un *fil de soie* fixé à la muqueuse linguale ou à la peau d'une région quelconque du corps au moyen d'un *hameçon spécial*. La difficulté était de tendre le fil, de façon que dans toutes les positions de la langue ou des membres, la transmission puisse se faire instantanément.

Le but eût été facile à atteindre si la langue ou les membres du malade fournissaient des oscillations passant toujours par un

même point d'un axe ; et encore, dans ce cas, pour toutes les expériences, le fil n'aurait pas la même tension, car on le tendrait en déplaçant avec la main le tambour à réaction ; on n'aurait par suite *qu'une tension approximative* et jamais la même pour toutes les expériences. La distance séparant la langue du levier TM varie avec chaque déplacement de la langue, soit que celle-ci change de volume, par suite de dimension, soit que l'on fasse tirer plus ou moins la langue au malade.

Nous avons cherché à obtenir *une tension toujours constante dans le fil*, pour les différentes positions que peuvent occuper la langue ou les membres des sujets observés.

La solution nous l'avons trouvée en faisant glisser le fil dans la gorge d'une poulie, PA, EXCESSIVEMENT LÉGÈRE, laquelle est fixée, au moyen d'une monture spéciale à une tige (1) très mince, EXCESSIVEMENT LÉGÈRE et pouvant monter et descendre *sans frottement* dans un tube fixé solidement sur un support.

A l'extrémité du tube est adapté un *petit ressort*, qui permet de fixer *instantanément* avec le pouce la tige dans un point quelconque de sa course dans le tube. Ainsi donc, si ayant accroché l'hameçon à la langue, après avoir placé la poulie à cheval sur le fil, ce fil sera tendu par le poids de la poulie et de sa tige, et, au moment où nous voudrions enregistrer le tremblement, il nous suffira d'appuyer sur le ressort pour fixer la tige, *supprimer ainsi le poids de la poulie et de sa tige*, et permettre à la transmission du tremblement de se faire aisément par le fil actuellement tendu.

Remarquons que tant que l'on ne fixera pas la tige au moyen du ressort, les mouvements de la langue ou des membres ne se transmettent pas au style, mais seulement à la tige mobile dans son tube.

L'appareil enregistreur se compose d'un cylindre enregistreur mis en mouvement au moyen d'un système d'horlogerie avec régulateur de Foucault.

(1) La poulie, la monture et la tige sont en aluminium.

TECHNIQUE. — 1° POUR LE TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DE L'ORBICULAIRE DES LÈVRES : agir comme il est indiqué ci-dessus,

(Vitesse lente)

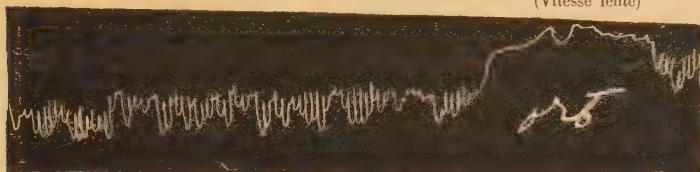


Fig. 4. — Tremblement de l'orbiculaire des lèvres dans la paralysie générale.

en ayant soin de fixer au préalable la tête du malade assis à un support, afin de ne pas enregistrer en même temps les mouvements du corps ou de la tête : Exemple : fig. 3, fig. 4, fig. 5.

(Vitesse lente)



Fig. 5. — Tremblement vermiculaire de la langue dans la paralysie générale.

2° POUR LE TREMBLEMENT DES MEMBRES : accrocher l'hameçon à la pulpe d'un doigt ou à un point quelconque du membre. Si le tremblement se fait plutôt dans le sens vertical, disposer l'appareil de sorte que l'angle PA soit presque *droit*; si au contraire le tremblement s'exécute surtout dans le plan horizontal, disposer l'appareil de façon que l'angle PA soit très obtus. Exemple : fig. 2.

3° POUR LE TREMBLEMENT DU CORPS : le malade étant couché ou assis, se servir de l'appareil comme pour l'enregistrement du tremblement de la langue.

Tous les graphiques ci-dessus, obtenus avec notre appareil, sont pris avec le même style et à la vitesse lente du cylindre enregistreur, à régulateur de Foucault.

DEUXIÈME PARTIE

Essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme.

INTRODUCTION

« Conséquence obligée de l'intoxication par l'alcool, le tremblement alcoolique est si constant qu'on pourrait presque le regarder comme un symptôme pathognomonique » (H. Fernet, thèse d'agrégation, 1872).

Nous avons en effet été amené à considérer le tremblement comme un *symptôme pathognomonique* de l'intoxication alcoolique et les nombreux cas d'alcoolisme qu'il nous a été permis d'observer dans les Hôpitaux, les Asiles et à l'Infirmierie spéciale du Dépôt, nous l'ont nettement prouvé. Nous avons toujours rencontré des troubles moteurs dans l'ivresse, dans l'alcoolisme aigu et subaigu, dans l'alcoolisme chronique.

En ce qui concerne les troubles moteurs de l'ivresse depuis la *simple titubation* des gens ivres, jusqu'à ces *véritables décharges motrices* que l'on rencontre dans certaines formes de l'ivresse, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'étude clinique, si approfondie, qu'en a fait notre ancien Maître, M. le Dr Paul Garnier, dans son ouvrage de *La folie à Paris*.

Le tremblement de l'alcoolisme aigu et le tremblement de l'alcoolisme chronique se ressemblent certainement par plus d'un point, ne serait-ce que par le rythme et le mode de production ; mais, il n'en est pas moins vrai, qu'au point de vue de leur rap-

port avec les autres symptômes, du mode d'apparition, du siège, de l'intensité, de l'amplitude des oscillations, les différences sont trop grandes pour que nous puissions confondre leur étude dans un seul et même chapitre.

Il n'y a pas une seule forme de tremblement alcoolique, *mais plusieurs formes de tremblement alcoolique.*

Nous étudierons principalement le tremblement de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme subaigu apyrétique, dont l'étude clinique n'a jamais été approfondie ; nous réservant de passer plus rapidement sur les autres troubles moteurs et sur les caractères déjà plus connus du tremblement de l'alcoolisme chronique.

Les troubles de la motilité du *délirium tremens fébrile secondaire*, étant les mêmes que ceux du *délirium tremens primitif* à l'exception toutefois de cette trémulation généralisée de tout l'individu, que l'on rencontre dans le *délirium tremens fébrile primitif* ; il nous suffira donc, tenant compte de la restriction précédente, d'étudier les troubles moteurs de l'alcoolisme aigu ou subaigu pour connaître ceux du *délirium tremens fébrile secondaire*.

Ce travail repose en partie sur *les résultats fournis par notre méthode graphique* ; tous les tracés ont été pris sans jamais faire varier la longueur des leviers de nos tambours de Marey, afin de pouvoir comparer entre eux les nombreux graphiques de cet ouvrage.

HISTORIQUE

Les médecins du commencement du siècle s'étaient déjà occupés de l'action des boissons alcooliques sur l'homme et des troubles qu'elles déterminent sur le système nerveux.

Jusqu'à Sutton, 1813, les auteurs, Hoffbauer et Rayet entre autres, étudient sous les noms d'*ivresse*, d'*empoisonnement alcoolique*, de *mania a potu*, de *manie ébrieuse*, de *dypsomanie*, de *folie des ivrognes*, les symptômes survenant immédiatement après l'ingestion des boissons alcooliques, c'est-à-dire les différentes formes de l'ivresse.

En 1813, Sutton définit le *délirium tremens* par des troubles portant à la fois sur l'intelligence, la sensibilité et la motilité.

En 1825, Barkhausen entend par *délirium tremens* une « maladie caractérisée principalement par le trouble des fonctions cérébrales et nerveuses, notamment l'insomnie, le délire et des hallucinations d'espèce particulière, fréquemment aussi par le tremblement des membres, avec ou sans altération simultanée de la fonction du système vasculaire sanguin, avec ou sans fièvre, enfin par une grande tendance au collapsus (1) ».

En 1838, Roesch, dans un article des *Annales d'hygiène et de médecine légale* sur l'abus des boissons spiritueuses, étudie le *délirium tremens* et l'empoisonnement chronique par l'eau-de-vie. Au sujet des troubles moteurs dans le *délirium tremens*, il fait remarquer qu'il n'a « point parlé du tremblement, parce que la plupart des auteurs ne le regardent pas comme un symptôme constant et pathognomonique. Cependant, dit-il, il existe dans la majorité des cas et ordinairement à un haut degré, de sorte que le malade marche en chancelant et ne peut porter une cuillère ou un verre à la bouche. Dans les cas que j'ai observés, le tremblement existait et il était très violent ». Au sujet de l'empoisonnement chronique par l'eau-de-vie, il insiste sur les symptômes, tremblements, spasmes, convulsions épileptiformes, paralysie. « Chez toutes les personnes habituées à boire, les mouvements muscu-

(1) *Beobachtungen ueber den Sæuferwohsinn oder das delirium tremens*, Brême, 1825, p. 5 et 6.

lares ont perdu leur énergie et leur assurance... Le buveur, celui d'eau-de-vie surtout tremble lorsqu'il quitte son lit, comme un vieillard épuisé par l'âge. La liqueur est devenue un poison pour lui, et ses tremblements lui permettent à peine, maintenant, de la porter à la bouche... Les spasmes se voient principalement chez les femmes adonnées à la boisson... Les convulsions, qui d'abord ont lieu rarement, reviennent avec plus de fréquence, revêtent un type plus ou moins périodique et prennent absolument la forme de l'épilepsie (1) ». Leveillé (2), Hoeg-Guldberg, Monneret et Fleury, décrivent sous le nom de *délirium tremens*, l'histoire vulgaire des ivrognes et passent sous silence le *délirium tremens* fébrile et l'alcoolisme chronique.

Trousseau dans le Dictionnaire de médecine professe que l'abus des boissons alcooliques imprime *au système nerveux* des modifications qui ont pour conséquence des lésions graves dans les fonctions de l'intelligence et des mouvements.

Calmeil, dans son article *Delirium tremens* (Dictionnaire en 30 vol.), s'exprime ainsi sur la lésion des mouvements : Au plus fort de l'attaque « la lésion des mouvements est plus prononcée. Les contractions musculaires, sans pécher précisément par un défaut de force, manquent de précision et d'équilibre. La voix est tremblée, la langue sort de la bouche comme par un effort convulsif, les lèvres restent difficilement au repos, l'attitude du corps est incertaine, la progression ne se fait pas en mesure, les mains sont agitées de tremblements que la volonté ne peut pas réprimer ». Dans ce même article Calmeil cite l'observation d'un officier qui « ne pouvait porter à ses lèvres un verre de tisane sans le renverser. Le tumulte et la précipitation qui régnaient dans les mouvements de la tête, des bras, des jambes, de toutes les parties du corps, imprimaient à la physionomie le plus singulier aspect ; les personnes, les choses qu'il désirait éviter, étaient précisément celles qu'il heurtait ou qu'il poussait à la renverse. Ce désordre de la motilité ne doit pas être attribué au défaut de force, car les malades serrent encore vigoureusement avec leurs mains, et si on leur fait fléchir la jambe sur la cuisse, ils opposent une forte résistance, lorsqu'on essaye de ramener la jambe dans l'extension. Les mouvements pèchent donc par défaut de coordination ».

(1) *Ann. d'hygiène et de médecine légale*, 1838, t. 20, p. 30.

(2) LEVEILLÉ, *Histoire de la folie des ivrognes*, Paris, 1832.

En 1847, Marcel (1), dans sa thèse de doctorat, étudie les accidents alcooliques envisagés dans leur influence sur l'intelligence et les passions et passe le tremblement et les troubles moteurs sous silence. Pour lui les troubles moteurs ne seraient que l'effet du délire.

En 1852, Delasiauve, s'exprime, on ne peut plus justement, sur les troubles moteurs du délire aigu : « ce qui distingue surtout cette forme grave du *delirium tremens*, c'est la prodigieuse activité nerveuse. Le malade n'a ni paix ni trêve, aucune partie du corps n'est exempte d'agitation ; les membres tremblent ; vultueuse, rouge, violacée même, la face grimace par le frémissement prononcé de ses muscles ; les yeux roulent dans leur orbite (2) ».

En 1852, le Dr May. Huss, professeur de clinique médicale à Stockholm, décrit sous le nom d'alcoolisme chronique les accidents paralytiques produits lentement par une intoxication passée à l'état chronique.

En 1853, Grisolle se résume ainsi sur les troubles moteurs de l'alcoolisme : « Le système musculaire n'a plus son énergie, aussi la démarche devient incertaine », les membres supérieurs sont très maladroits, ils sont agités d'un tremblement analogue au tremblement sénile et qui atteint également les muscles de la lèvre supérieure et du menton ; les mouvements de la langue peuvent même être altérés, beaucoup de malades parlent moins distinctement, ils bredouillent, Quelques malades ont des tics, des contractures ; il en est qui deviennent choréiques, épileptiformes. . . »

En 1859, M. le Dr Motet (3), dans sa thèse de doctorat, étudie en quelques lignes les troubles de la motilité chez les alcooliques et les absinthiques en particulier : « Tous les individus adonnés aux boissons alcooliques, présentent dans l'appareil musculaire des membres, un état d'indécision et d'incertitude qui, pour quelques-uns, peut s'arrêter là, mais qui pour la plupart devient graduellement de plus en plus accusé, se traduisant d'abord par des contractions fibrillaires, des tremblements dans les avant-bras, dans les mains, dans les membres inférieurs, ces troubles musculaires augmentent. . . la main saisit et laisse échapper ce qu'elle a cru prendre. . . . ; les malades sont agités de mouve-

(1) MARCEL, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*. Thèse de Paris, 1847.

(2) DELASIAUVE, *Revue médicale française et étrangère*, 30 avril 1852.

(3) MOTET, *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, p. 24 (Th. Paris, 1859).

ments qu'ils ne peuvent réprimer ; ils ont besoin pour se maintenir d'un point d'appui ; et, s'il leur manque, vous voyez augmenter graduellement l'indécision de leurs mouvements... leurs genoux se fléchissent à demi, et, déplaçant à chaque instant leur centre de gravité, les malades ne sauraient se tenir immobiles.... les lèvres, la langue, présentent aussi des tremblements fibrillaires ; il en est de même des muscles de la face ».

En 1859, Thomeuf (thèse de Paris, *Essais cliniques sur l'alcoolisme*) en même temps que Motet, étudie rapidement les troubles de la motilité dans l'alcoolisme chronique principalement : « Du côté du mouvement, nous observons le tremblement des mains et des bras. Ce symptôme a été dans une de nos observations le seul... Outre cette faiblesse dans les membres inférieurs, il y a souvent un tremblement. Nous avons toujours constaté les tiraillements des muscles de la face généralement plus marqués d'un côté, un mouvement ondulatoire de la lèvre supérieure, un tremblement très marqué de la langue... Les accidents du côté des mouvements commencent toujours par le tremblement des mains et des bras, celui-ci plus prononcé le matin est souvent le seul symptôme ».

En 1862, Marcé dans son ouvrage, mentionne rapidement les troubles de la motilité de l'alcoolisme aigu et s'étend un peu plus longuement sur le tremblement de l'alcoolisme chronique. Dans l'alcoolisme aigu « aux symptômes d'excitation, se joignent des troubles de la motilité, la langue est tremblante et tirée convulsivement hors de la bouche, et pendant l'articulation des sons, tous les muscles de l'appareil vocal présentent une ondulation fibrillaire qui rend la parole incertaine et embarrassée. Les extrémités supérieures et surtout les doigts et l'avant-bras, offrent le même tremblement facile à reconnaître lorsqu'on fait placer les bras dans la position horizontale ». Dans l'alcoolisme chronique « du côté de la motilité, on observe en première ligne le tremblement qui, limité d'abord aux mains et aux bras, s'étend ensuite aux extrémités inférieures et aux muscles de la face et a été désigné sous le nom de *chorée alcoolique*. Ce tremblement se manifeste soit au moment du lever, soit dans le cours de la journée, après l'ingestion de doses élevées d'alcool. Passager au début, il finit par être permanent, et devient d'autant plus manifeste que le sujet fait de plus grands efforts pour donner de la précision à ses mouvements ; c'est lui qui amène l'incertitude dans les mouvements, de la titubation et ce bégayement si caractéristique qui éveille de bonne heure la crainte de la paralysie

générale..... Les convulsions épileptiformes qui sont un des symptômes les plus graves de l'alcoolisme aigu s'observent aussi dans l'alcoolisme chronique » (1). Marcé termine enfin l'étude des troubles moteurs de l'alcoolisme chronique par les troubles de la motilité dans la paralysie générale alcoolique, à savoir le tremblement des mains et des jambes, le tremblement vermiculaire des muscles de la langue et de la face.

En 1864, Lagarosse (2) dans sa thèse d'inauguration sur la folie alcoolique aiguë donne déjà, une plus grande importance aux lésions du mouvement. Voici ce qu'il dit à ce sujet: « Peu à peu la langue s'embarrasse, la démarche devient chancelante, les membres sont agités de tremblements. Ces désordres augmentent progressivement; et au bout de quelques jours, quelquefois de quelques heures, le tremblement et le délire ont acquis leur complet développement..... Le tremblement des extrémités supérieures et surtout des doigts, le défaut de coordinations des mouvements dans la progression, sont les phénomènes les plus constants de la folie alcoolique aiguë..... Pour notre part, nous les avons toujours trouvés chez nos malades; souvent même, surtout en ce qui concerne le tremblement des bras, le désordre des mouvements est antérieur à l'accès de délire... Quelquefois cependant, il persiste avec la disparition du délire, et ce n'est que quelque temps après la guérison des accidents aigus qu'on le voit disparaître complètement. Dans certains cas, le désordre des mouvements est tel que le malade ne peut tenir un objet quelconque..... Les convulsions épileptiformes, communes dans les cas graves de folie alcoolique aiguë, sont rares au contraire lorsque la maladie revêt une intensité médiocre..... Dans la paralysie générale on peut constater un affaiblissement de la puissance musculaire, tandis que dans la folie alcoolique aiguë, le trouble des mouvements est plutôt lié à un défaut de coordination ».

En 1871, Challand dans sa thèse sur l'absinthisme et l'alcoolisme, considère le tremblement comme le symptôme moteur le plus important: « Les troubles de la motilité sont en premier lieu le tremblement qui a son maximum d'intensité le matin au lever. Il débute par les mains, puis gagne les bras, les muscles du cou, de la face, de la langue, d'où résulte l'embarras et l'hésitation de la parole, puis gagne le membre inférieur, d'où la titubation, la démarche chancelante pou-

(1) MARCÉ, *Traité des maladies mentales*, p. 612, 1862.

(2) LAGAROSSE, *Essai sur la folie alcoolique aiguë*, thèse Paris, 1864, p. 50.

vant aller jusqu'à une sorte de paralysie (paraplégie). Le tremblement est quelquefois très prononcé ; il s'accompagne de petites secousses, de soubresauts de tendons, de contractions musculaires qui se traduisent par des crampes » (1). Enfin Challand termine la série des troubles moteurs par les convulsions offrant tantôt le caractère choréiforme tantôt le caractère épileptiforme.

En 1872, Fernet écrit dans sa thèse d'agrégation que dans l'alcoolisme aigu ou subaigu « le tremblement épargne les muscles du cou, de la face, de la langue », ce qu'on ne rencontre jamais comme nous le verrons.

Pour Charcot (2), le tremblement alcoolique est un tremblement fin, vibratoire à 8 ou 9 oscillations par seconde, localisé à l'extrémité des doigts et plus prononcé, quand on fait étendre la main au malade. Ce n'est là, qu'une description du tremblement de l'alcoolisme chronique. Pour ce qui est de la vitesse, nous verrons qu'elle n'est pas tout à fait aussi grande, mais qu'elle compte seulement de 6 1/2 à 7 1/2 oscillations par seconde.

En 1879, Valenzuela (3), élève de l'école de la Salpêtrière, soutient sa thèse sur les tremblements et reconnaît dans l'alcoolisme deux espèces de tremblement, l'aigu et le chronique. Néanmoins, il n'étudie que le tremblement de l'alcoolisme chronique, ne croyant pas devoir s'arrêter sur le tremblement aigu, « au risque d'être diffus, puisque le tremblement qui l'accompagne est à peu près celui de l'alcoolisme chronique, sauf en effet le délire, je ne vois pas qu'il présente une nuance particulière ». Pour ce qui est du tremblement de l'alcoolisme chronique, il résume en quelques lignes les descriptions qu'on avait déjà données avant lui.

Quelques années avant Valenzuela, en 1874, paraissait l'excellent ouvrage de M. Magnan sur l'alcoolisme. Nous ne résumerons pas ici ce que dit l'auteur sur les troubles de la motilité, nous réservant de le faire à plusieurs reprises dans le cours de ce travail. Qu'il nous suffise pour le moment de faire remarquer que l'auteur et son élève M. Challand sont en désaccord avec M. le professeur Lancereaux sur le caractère à attribuer aux accès convulsifs dans l'absinthisme. Tandis que MM. Magnan et Challand donnent à l'attaque un caractère fran-

(1) CHALLAND, *Etude expérimentale et clinique sur l'absinthisme et l'alcoolisme*. Th. Paris, 1871.

(2) CHARCOT, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, 15^e leçon, 3^e édit., 1877.

(3) VALENZUELA, *Notes sur le tremblement*. Th. Paris, 1879.

chement épileptiforme, M. Lancereaux s'exprimé ainsi dans son importante communication de septembre 1880 à l'Académie de médecine : « Il faut reconnaître que les phénomènes observés chez l'homme à la suite d'excès d'absinthe, sont manifestement distincts de ceux qui caractérisent l'attaque épileptique, non seulement l'aura et le cri font défaut au début des accès convulsifs produits par l'absinthe, mais les convulsions sont beaucoup moins régulières, et de plus il n'y a jamais à la fin de l'attaque la période asphyxique et comateuse de l'épilepsie. Par contre ces accidents ont la plus parfaite ressemblance avec les phénomènes convulsifs de l'hystérie ; car, comme ces derniers, ils commencent par la contraction et finissent par des convulsions cloniques, s'accompagnant de sensation de constriction épigastrique et des désordres de la sensibilité (1) ».

Dans cette même communication de l'Académie, M. le professeur Lancereaux passe rapidement en revue le tremblement dans l'absinthisme chronique : « Indépendamment des crampes que les malades ressentent en particulier dans les mollets et dont ils se plaignent la nuit principalement, il existe une trémulation des membres qui a tous les caractères du tremblement alcoolique, mais qui dans la plupart de nos observations, était plus prononcée que ne l'est d'ordinaire ce dernier. La force musculaire est du reste plus ou moins affaiblie chez l'absinthique (2) ».

En 1881, M. Lancereaux (3) rapporte l'observation d'un malade chez lequel les muscles des lèvres et de la face tremblaient ; « les membres étendus, étaient agités de secousses musculaires rythmées, beaucoup plus accentuées que celles de la sclérose en plaques ; comme dans cette maladie, mais à un degré moindre, le désordre des mouvements du membre supérieur était accru quand on invitait le malade à préciser ses gestes, à porter par exemple un verre à sa bouche ». Remarquons que M. Lancereaux est le premier auteur qui ait noté des secousses musculaires rythmées, de l'alcoolisme aigu et de l'absinthisme en particulier.

En 1882, Gautier, ancien interne de M. Lancereaux, dans sa thèse de Paris sur l'étude clinique de l'absinthisme chronique, recon-

(1) LANCEREAUX, Communication à l'Acad. de médecine, 7 septembre 1880. *Absinthisme aigu*, p. 893.

(2) LANCEREAUX, *loc. cit.*, p. 1078, chronique.

(3) LANCEREAUX, *Gazette médicale de Paris*, 1881. De l'absinthisme chronique, page 132.

naît que le tremblement est un symptôme fréquent.... Cliniquement il est absolument analogue au tremblement alcoolique ordinaire.... Le caractère rythmique et l'amplitude de la trémulation sont quelquefois plus accentués chez les absinthiques.... Comme chez l'alcoolique d'ailleurs, la physionomie présente chez l'absinthique, un aspect tout spécial quand on le fait parler. Les lèvres, surtout la supérieure, sont agitées de contractions irrégulières, le sillon naso-labial s'agite et s'accroît. Si le sommeil fait cesser le tremblement ; c'est au contraire, dans cet état que se produisent les crampes et les soubresauts nocturnes ».

En 1885, Breillat (1) résume dans son étude de séméiologie et de clinique sur les tremblements, tout ce qui était déjà connu sur le tremblement de l'alcoolisme chronique en faisant remarquer toutefois que l'intensité du tremblement « augmente sous l'influence de l'attention, d'une émotion, d'un effort ».

Les articles de Demange du dictionnaire Dechambre et d'A. Fournier du dictionnaire Jaccoud, résument également ce qui avait été dit ultérieurement, s'étendant principalement sur l'éthylisme chronique et faisant simplement remarquer que dans l'intoxication aiguë, « les vibrations sont plus étendues, même régulières », constituant parfois « des secousses convulsives plus ou moins désordonnées » ou simulant « véritablement les spasmes de la chorée ; d'où le nom de *chorée des ivrognes* données à cette forme par certains auteurs ».

En 1889, Preston, dans une revue du *Medical Record* (2), remarque que « le caractère distinctif du tremblement de l'alcoolisme aigu est sa tendance à devenir général » et que celui de l'alcoolisme chronique ressemble à celui de la paralysie générale : ce qui nous paraît exagéré, si l'on s'en tient à l'alcoolisme chronique pur.

En outre des recherches expérimentales faites sur des animaux par Magnan, Challand, etc., etc... M. Combemale, en 1892, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, relate des faits fort intéressants sur les troubles moteurs produits expérimentalement chez des chiens soumis par voie gastrique à l'intoxication alcoolique chronique. Avant d'étudier le tremblement chez l'homme, nous croyons utile de rapporter

(1) BREILLAT, *Des tremblements. Etude de séméiologie et de clinique*. Thèse de Paris, 1885.

(2) PRESTON, The diagnostic significance of tremor (*Med. Rec.*, n° V..., 1889, XXXV, 343-345).

ici quelques extraits de sa communication (1) au *Bulletin général de thérapeutique*, afin d'avoir une idée sur la façon dont l'alcool se comporte au point de vue physiologique, vis-à-vis du système nerveux moteur du chien. — Chez un chien soumis à l'action continue de 5 à 6 gr. d'alcool par jour, on remarque que : « *Du troisième au quatrième mois* il existe une excitabilité musculaire et tendineuse très marquée, et l'on constate parfois de l'abrutissement et de la lourdeur dans le saut et même dans la marche ».

Du cinquième au septième mois... La paralysie se prononce : l'animal a quelque difficulté à soulever son arrière-train pour monter un escalier, il ne peut sauter, fléchit sur ses pattes antérieures... Avec ces troubles paralytiques, coexiste de l'ataxie des mouvements ; le chien rejette brusquement ses membres en dehors, si on le fait courir après un objet, il dépasse le but et lorsqu'il se retourne, on aperçoit nettement les mouvements ataxiques.

Parmi les symptômes que nous venons d'indiquer, les uns, l'affaiblissement de l'intelligence et les troubles musculaires sont persistants et s'aggravent progressivement »...

Du septième au dixième mois... Les troubles ataxiques et paralytiques deviennent plus intenses et se généralisent à tous les membres ; parfois même les muscles de la tête sont animés de secousses... L'excitabilité musculaire et tendineuse est extrême. A ce moment aussi apparaissent des vertiges et des attaques épileptiformes.

Enfin M. Combemale fait remarquer que peu de temps avant de succomber « on constatait de l'ataxie de tous les mouvements et des tremblements fibrillaires de tous les muscles au repos ou en activité ; l'animal est haletant et bientôt ne peut plus marcher ». L'animal meurt après une ou plusieurs attaques épileptiformes.

De ce long historique, il ressort que :

1° Le tremblement alcoolique a été décrit comme symptôme pathognomonique depuis Rœsch (1838).

2° Les médecins jusqu'à ce jour ont toujours confondu le trem-

(1) COMBEMALE, *Bulletin général de thérapeutique de Paris*, 1892, CXXII, 341, 365. Notes de laboratoire pour servir à l'étude de l'intoxication chronique par l'alcool.

blement de l'alcoolisme chronique avec celui de l'intoxication aiguë ou subaiguë.

3° Les caractères si importants du tremblement dans l'intoxication aiguë ou subaiguë ont toujours été cliniquement négligés.

4° Par contre, tous les autres troubles de la motilité, l'attaque convulsive entre autres, ont été parfaitement étudiés.

DIVISION DU SUJET.

Pour mieux séparer et envisager les troubles de la motilité et les diverses variétés cliniques que peut présenter le tremblement au cours de l'intoxication alcoolique, nous diviserons notre sujet comme il suit :

CHAPITRE PREMIER. — *Observations d'alcoolisme subaigu ; (étude des troubles moteurs).*

CHAPITRE II. — *Observations d'alcoolisme aigu (delirium tremens) ; (étude des troubles moteurs).*

CHAPITRE III. — *Caractères du tremblement dans l'alcoolisme aigu et subaigu ; (étude des autres troubles moteurs).*

CHAPITRE IV. — *Observations d'alcoolisme chronique ; (étude du tremblement).*

CHAPITRE V. — *Diagnostic différentiel des différents types du tremblement alcoolique.*

Nous entendrons avec Lasègue (1) par *alcoolisme subaigu* « la forme apyrétique, exempte des grandes perturbations du système nerveux central... caractérisée par un état délirant assez particulier et par un tremblement également caractéristique », l'alcoolisme subaigu n'est en somme que le *Delirium tremens simple* de M. Magnan, sans fièvre et sans complication.

Tous les cas aigus avec fièvre et aggravation de symptômes physiques seront seuls compris sous le nom d'*alcoolisme aigu*, c'est-à-dire de *delirium tremens fébrile*. Pour M. Magnan les deux symptômes *fièvre* et *tremblement* sont nécessaires et suffisants pour porter le diagnostic de *delirium tremens fébrile*, de délire alcoolique aigu.

(1) LASÈGUE, *Archives générales*, août 1869, pg. 163.

CHAPITRE PREMIER

Observations d'alcoolisme subaigu; (étude des troubles moteurs).

OBS. I (Personnelle). — *Tremblement chez un absinthique. — Premier accès d'alcoolisme aigu remontant à trois ans avec tremblement généralisé et hallucinations de la vue. — Deuxième accès d'alcoolisme aigu au moment de l'entrée avec tremblement généralisé, secousses musculaires, ataxie, le tremblement est plus marqué à la langue. — Décharges musculaires. — Hallucinations de la vue. — Hyperesthésie généralisée. — Guérison après 23 jours de traitement.*

Le malade Don..., âgé de 34 ans, ouvrier décatisseur, est fils d'un père sobre, bien portant âgé de 60 ans et d'une mère rhumatisante âgée de 59 ans environ. Don... a une sœur de 32 ans, bien portante et a eu un frère mort en bas âge de convulsions. Ce malade n'a eu aucune maladie avant son premier internement; il avait toujours été d'un caractère vif, irascible. Depuis l'âge de 15 à 16 ans il se met à boire beaucoup d'absinthe. Buveur d'absinthe avant son mariage, il continue après et ne rapportait jamais rien de sa solde à sa femme. En somme comme antécédents alcooliques, c'est un *absinthique invétéré*.

Le 3 juillet 1894, il est amené au dépôt où notre chef M. le Dr Garnier délivre le certificat suivant : « Délire alcoolique. Illusions et hallucinations de la plupart des sens. Terreurs. Agitation nocturne. Cris à l'assassin. Il entend sa femme; il se cache sous les matelas pour échapper aux assassins dont il se voit entouré. Gesticulations bizarres pour se débarrasser de fils qu'il sent autour de ses narines. Tremblement généralisé. Sueurs profuses ».

Le lendemain 4 juillet, à Ste Anne, le Dr Magnan ne note plus que le tremblement des mains : « délire alcoolique avec hallucinations multiples et pénibles. Craintes, frayeurs, insomnie, tremblement des mains ».

Remarquons que le tremblement de la langue si caractéristique que

nous allons retrouver dans l'accès suivant, n'avait pas été remarqué dans le premier accès et cela parce que l'on avait probablement négligé de le rechercher. De Ste-Anne le malade est envoyé à Ville-Evrard, d'où il sort guéri à la fin de décembre 1891 ; le tremblement avait complètement disparu un mois après l'internement du malade.

Don... abandonné à lui-même se remet à boire de l'absinthe et le 12 mai 1894, il est envoyé à l'infirmerie de la préfecture de police par le commissaire de son quartier avec la remarque suivante : « œil vague, voix tremblante, atteint de tremblement alcoolique, il présentait déjà avant son entrée des hallucinations de la vue, il voyait sa belle-mère et sa femme qui lui faisaient des grimaces, il les entendait parler ». A son arrivée à l'infirmerie nous constatons un état d'alcoolisme aigu assez avancé pour nous faire redouter une attaque de délirium tremens fébrile.

Le pouls bat à 120, il est petit, mais régulier. Des sueurs profuses sur tout le corps, la paume des mains et la plante des pieds y compris. Le malade est très halluciné, il voit la porte de sa cellule lui tomber dessus, il voit des chevaux, principalement des souris, il ramasse des objets imaginaires.

La force musculaire paraît conservée, au dynamomètre on note 43 pour la main droite et 38 pour la gauche. Le malade néanmoins se tient très difficilement debout sur un pied à cause des soubresauts tendineux, et des secousses musculaires que présentent le corps et les membres du malade. Il porte encore facilement un verre à sa bouche. Les pupilles dilatées et égales réagissent. Les réflexes rotuliens sont abolis, pas de trépidation épileptoïde ; à ce sujet, il est bon de *faire remarquer que le tremblement du membre inférieur pourrait quelquefois en imposer pour de la trépidation épileptoïde*, il faut donc distinguer.

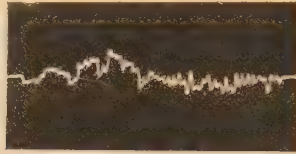
Notons une hyperesthésie généralisée. Quand on effleure avec la pointe d'une épingle l'épiderme du malade, il fait un violent mouvement de défense disant qu'on l'électrise. Pas de fièvre, pas d'albumine.

Le tremblement *généralisé* est très accentué, persiste au repos, est augmenté pendant les contractions musculaires, c'est un tremblement vibratoire de sept oscillations par seconde, l'amplitude des oscillations varie presque pour chaque oscillation et dénote un trouble très marqué du côté de l'appareil moteur.

A l'état de repos, le membre supérieur étendu sur la cuisse tremble d'une façon continue, c'est un tremblement fin, vibratoire à sept oscil-

- lations à la seconde, d'intensité moins grande qu'à l'état de contraction musculaire, mais présentant toujours comme caractère une grande

(Vitesse lente)



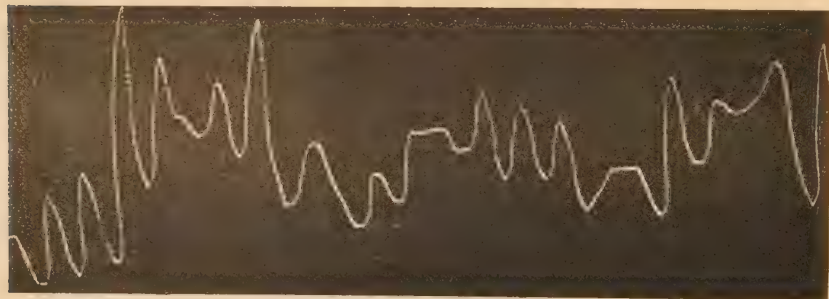
Tremblement absolu du membre supérieur à l'état de repos, le malade étant assis et l'avant-bras reposant sur la cuisse (premier jour).

inégalité dans l'amplitude des oscillations; à 6 ou 8 oscillations plus marquées, succède une série d'oscillations plus fines, il a par moment en quelque sorte de véritables *décharges musculaires*. Le malade étant assis, si on lui ordonne d'étendre la jambe en levant le pied de terre, tout le membre est animé de vibrations d'amplitude très irrégulières; ces vibrations s'exécutent surtout dans *le sens vertical*.

La tête du malade oscille sur le cou dans le sens antéro-postérieur, on constate des contractions irrégulières des sterno-cludo-mastoïdiens.

Les pectoraux sont également le siège de contractions inégales, s'effectuant suivant un rythme égal mais rapide, si l'on fait étendre la main dans la position du serment, tout le membre supérieur vibre. Le tremblement présente alors une très grande irrégularité dans l'amplitude des oscillations. La main et le bras tremblent principale-

(Vitesse moyenne)

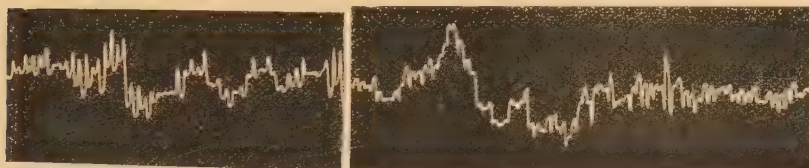


Tremblement de la main dans la position du serment.
(Premier jour).

ment dans le sens vertical sans que la main décrive des mouvements de flexion sur l'avant-bras. C'est un tremblement du membre *dans sa totalité* sans prédominance sur les muscles fléchisseurs. Ce tremblement est un *tremblement vibratoire* à 7 oscillations par seconde. Par moment, le membre dans sa totalité est déplacé par des *secousses musculaires* plus fortes, c'est alors une *véritable ataxie du membre*. L'irrégularité du graphique ci-dessus pris à la vitesse moyenne du cylindre, nous donne une bonne idée du désordre musculaire existant chez Don., pendant qu'il maintient le membre supérieur dans la position du serment.

Si, l'avant-bras étant appuyé sur une table, ainsi que le bord cubital de la main, on fait saisir au malade le style d'un tambour de Marey, on enregistre un *tremblement plus marqué comme amplitude qu'à l'état de repos*, mais moins intense que dans la position du serment. C'est

(Vitesse lente)



Tremblement de la main gauche tenant une aiguille de Marey entre l'index et le pouce ; l'avant-bras reposant sur un plan horizontal (Premier jour).

Tremblement de la main droite, dans les mêmes conditions (Premier jour).

toujours un tremblement vibratoire de 7 oscillations à la seconde, dont l'amplitude augmente chaque fois que l'on ordonne au malade de serrer plus fort le stylet au moment de la préhension où il existe une véritable ataxie du membre. Ainsi donc c'est un *tremblement augmenté par les mouvements volontaires et très irrégulier comme amplitude*.

Si on fait écrire Don..., ce n'est qu'au prix de très grands efforts qu'il y arrive. Le tremblement est si intense, qu'il perce son papier par instant et manque par moment de briser sa plume. Les déliés et les pleins se succèdent sans ordre. Il n'y a pas de lettre qui ne soit pas tremblée. Pour certaines lettres, comme le D, de son nom, il se reprend à plusieurs fois pour le former et ne pouvant arriver à le faire, il l'achève en recommençant par là où on le finit. Les petites lettres sont

parfois si tremblées qu'elles deviennent méconnaissables comme dans

La saignée d'annulaire
Donnée et d'annulaire
L'annulaire
12 Mois 94

l'ous de soussigné. La parole est saccadée, il ne peut arriver à prononcer le mot « polytechnicien », il prononce : « polytec...ci...ci...en...cien », et si on lui fait répéter plusieurs fois le mot, c'est un embrouillamini de syllabes ou mieux de sons presque incompréhensibles. Le commissaire de son quartier avait lui-même remarqué que la « voix était tremblante ». Cet embarras de la parole doit être attribué à la grande intensité du tremblement des muscles de la langue, du voile du palais et du larynx.

Le tremblement de la langue se distingue graphiquement par l'amplitude des oscillations qui, ici, est plus marquée que partout ailleurs, (remarquons que la longueur des leviers et des tambours de Marey, était toujours la même pour tous les graphiques de notre travail). Le malade ne peut maintenir sa langue immobile hors de sa bouche ; elle est le siège d'oscillations antéro-postérieures se produisant par décharges ; à 10 ou 12 grandes oscillations succèdent de 4 à 6 oscillations plus faibles qui sont bientôt suivies d'une nouvelle *décharge musculaire*, de 10 à 12 oscillations et ainsi de suite. Les oscillations sont au nombre de 7 environ par seconde, elles augmentent avec les efforts que fait le malade et sont toujours plus étendues après que le malade a maintenu pendant un certain temps déjà, sa langue hors de

la bouche. Il existe un léger tremblement lorsque la langue repose sur le plancher buccal. Par moment la mâchoire inférieure tremble en exécutant des mouvements d'élévation et d'abaissement, en même temps que l'orbiculaire des lèvres est animé d'un tremblement fébrile, ainsi que divers muscles de la face. Traitement : régime lacté, KBr et chloral, de chaque quatre grammes, tisane de chiendent nitrée.

16 mai 1894. — Le malade entré depuis le 13 dans le service de la clinique de la faculté, ne présente plus d'hallucination, de cauche-

(Vitesse lente)



Tremblement de la langue hors de la bouche dans l'alcoolisme absolu.
(Graphique ayant paru dans les *Archives de Neurologie*, N° 91).

mars, plus de sueurs ; il est calme, le pouls bat à 80° ; la main droite ne marque que 30 au dynamomètre et la gauche 27. Il y a toujours une hyperesthésie généralisée. Les réflexes rotuliens sont abolis. Au repos il n'existe plus de tremblement. Dans la position du serment, le tremblement vertical est encore assez marqué, il est généralisé à tous les membres, mais d'un rythme plus régulier que le premier jour, sans secousse musculaire ; plus prononcé à l'extrémité des doigts qu'à la

racine du membre ; il est augmenté par l'effort, on voit en effet l'amplitude des oscillations augmenter de plus en plus, au fur et à mesure que le malade persiste dans la position du serment. Si l'on fait étendre le membre inférieur en soulevant le pied de terre, le tremblement apparaît aussitôt. La main reposant sur son bord cubital, l'avant-bras appuyé sur une table, le tremblement apparaît chaque fois que le malade saisit le stylet de Marey, pour cesser un instant après et réappa-

*Je soussigne Domadier
Demande à Monsieur le
Docteur ma sortie*

*Signe Domadier
le 16 Mars 1894*

raitre, si on ordonne au malade de serrer très fort. Dans cette position, la main tremble dans le sens transversal (encore dans le sens de la flexion). L'écriture est déjà beaucoup moins tremblée ; le malade peut former ses lettres sans faire des efforts aussi considérables que le premier jour ; les grandes lettres comme le D..... sont d'une seule pièce.

Cependant toutes ses lettres et ses chiffres bien que distincts sont encore très tremblés. La parole est encore embarrassée, mais par moment seulement. Le tremblement de la langue ne se montre que lorsque le malade a maintenu sa langue pendant un certain temps hors de la bouche.

Le 20 le malade ne tremble plus au repos, il faut un effort ou une contraction musculaire assez prolongée pour faire réapparaître le tremblement.

Recevez Monsieur le
Docteur Mes sincères
salutations
D^r Darnier

C. Guin

6 juin. — Il n'existe plus de tremblement des membres et de la langue. L'écriture est normale. Le malade sort complètement guéri.

Cette observation est d'un intérêt clinique d'autant plus grand que Don... est un spécialiste parmi les buveurs, c'est un buveur d'absinthe invétéré. Aussi, les troubles moteurs observés chez ce malade doivent-ils cliniquement être mis au rang de ceux causés par l'intoxication due à l'alcool et à l'essence d'absinthe mélangés dans cette même liqueur. Sans prétendre séparer les troubles musculaires produits par l'alcool de ceux causés par l'essence d'absinthe, nous croyons cependant devoir attribuer à cette même

essence d'absinthe, le caractère aigu que présente le tremblement de Don... C'est ainsi que, la *généralisation du tremblement*, cette vibration ou mieux ce *frémissement de tout l'individu*, même au repos, *les secousses musculaires et les désordres moteurs plus accentués du côté de la langue*, doivent être mis sur le compte de la plus grande toxicité de l'essence d'absinthe. Dans chacun des deux accès de Don..., le tremblement généralisé au début, persistait au repos, et pendant le second accès, le seul qu'il nous ait été permis d'observer, les désordres musculaires s'étendaient à la fois aux muscles de la langue, de la face, de la mâchoire inférieure, du cou, du tronc et des membres. L'absinthe, chez Don... comme chez les animaux soumis à son action, semble avoir amené une réaction plus marquée sur les régions soumises à l'innervation du bulbe et de la partie supérieure de la moelle. Cette réaction se traduit ici physiologiquement par un tremblement plus marqué du côté de la langue, par de l'embarras de la parole, par une écriture des plus tremblées, par un tremblement des muscles de la face, du cou et de la partie supérieure du tronc. L'irrégularité de l'amplitude des oscillations, les *décharges motrices* successives que présentent tout particulièrement les muscles de la langue sont aussi l'indice du désordre incessant et actif auquel est soumis le tonus musculaire. Le rythme est ici comme dans toutes les formes du tremblement alcoolique, toujours régulier et égal à sept oscillations par seconde. L'intensité de ce tremblement nous offre un côté intéressant à noter, qui nous permet déjà d'envisager le tremblement alcoolique comme *un tremblement volontaire* (intentionnel), toujours plus accentué au début de l'effort et d'autant plus intense que la contraction musculaire se prolonge plus longtemps. Ainsi les désordres musculaires sont plus marqués au moment de la préhension du style de Marey, au moment où le malade étend le bras, et vont s'accroissant au fur et à mesure que l'acte d'étendre le bras ou de tirer la langue, par exemple, se prolonge davantage. Le tremblement du membre supérieur de

Don..., n'est pas seulement localisé à l'extrémité des doigts ; mais affecte tout le membre à la fois, c'est un tremblement en masse et dont les oscillations se produisent toujours *dans le sens vertical*. Enfin, il nous reste à envisager la marche de ce tremblement dont le maximum d'intensité semble correspondre au maximum d'intoxication, c'est-à-dire au début de l'accès. A partir du quatrième jour, le tremblement n'existe plus au repos, *il faut dorénavant une contraction musculaire pour le produire* : les décharges musculaires ont disparu, le tremblement régulier se retire à l'extrémité des membres supérieurs et offre pour ainsi dire le caractère du tremblement de l'alcoolisme chronique. La souffrance de la moelle est sur le point de disparaître. La marche parallèle du tremblement et des autres symptômes, semble en quelque sorte intimement liée à sa cause pathologique, à cette congestion active et passagère voulue par l'alcool et l'essence d'absinthe absorbés par notre malade.

OBS. II (Personnelle). — *Buveur d'amer picon. — Accidents alcooliques remontant à seize ans de date. — Accès d'alcoolisme aigu caractérisé par un tremblement et des secousses musculaires très accentuées, par des hallucinations de la vue et de l'ouïe et causé par l'intoxication due à l'amer picon. — Phénomène des décharges. — Le malade par moment présente l'aspect d'un choréique. — Disparition des hallucinations de la vue et des troubles musculaires graves au bout du huitième jour.*

Tey..., âgé de 27 ans, garçon marchand de vin, fils d'un père marchand de vin âgé de 55 ans, rentier actuellement, buveur lui-même et d'une mère morte à 32 ans de tuberculose, a eu deux frères, l'un mort à l'âge de 24 ans de fièvre typhoïde, et l'autre mort à l'asile de Vaucluse ; sa sœur âgée de 20 ans est bien portante...

Dans ses antécédents personnels nous notons : une fièvre typhoïde à l'âge de trois ans et demi, qui lui a laissé de l'affaiblissement de la mémoire et de la tuberculose des ganglions sous-maxillaires à l'âge de dix ans.

A 14 ans, Tey... prend le métier de garçon marchand de vin. Il

n'avait pas attendu ce moment pour commencer à boire. *Fils d'un père marchand de vin*, il prenait depuis son enfance, du vin blanc le matin à jeun avant d'aller à l'école et avant chaque repas, un apéritif avec son père ; c'était généralement de l'amer picon, sa liqueur déjà préférée.

Depuis qu'il est dans le métier, il prend toujours plusieurs verres de vin blanc le matin à jeun et toujours au moins une absinthe ou un amer picon avant chaque repas, quand il n'en prend pas deux ou trois verres.

Il se rappelle avoir déjà eu à l'âge de onze ans des cauchemars la nuit ; il voyait des bêtes, des voleurs, des assassins dans ses rêves ; il tremblait déjà un peu, mais moins qu'actuellement.

A l'âge de 20 ans, il est réformé pour hernie inguinale droite.

A 21 ans, il se plaignait de crampes dans les mollets, de vomissements le matin à son réveil, de cauchemars la nuit. Ces symptômes se sont montrés jusqu'à l'âge de 27 ans, époque de son internement.

Pendant le mois qui précède son entrée à l'infirmerie spéciale, il boit plus que de coutume ; il prend *avant chaque repas, jusqu'à cinq verres d'amer picon pur*, sa liqueur préférée et y ajoute parfois une ou deux absinthes. Les nuits sont alors agitées, il voit à l'état de veille des animaux, des voleurs, des assassins le couteau à la main, il a de grandes frayeurs la nuit, il se réveille en sursaut. Il se plaint de crampes dans les mollets, les bras ; les pituites se montrent régulièrement tous les matins et quelquefois dans la journée.

Depuis l'âge de 21 ans, il a toujours beaucoup tremblé ; par moment, il lui arrivait de ne pouvoir même pas signer son nom. D'après le malade, il y a un mois, il aurait eu des secousses musculaires plus fortes qu'à l'heure actuelle et principalement dans les bras. L'apparition de ces secousses musculaires coïncide avec l'augmentation de la dose journalière d'amer picon.

Le 1^{er} juin 1894, il est arrêté à quatre heures de l'après-midi sur le boulevard Sébastopol, il était penché sur une bouche d'égout, écoutant ce que les gendarmes lui disaient, de là il est amené à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Juin 1894. — Depuis 3 jours qu'il est au dépôt, le malade n'a cessé de présenter un délire aigu, plus marqué la nuit. *Remarquons que les troubles psychiques et moteurs sont plus accentués la nuit que le jour.* Il est terrifié, il entend sans cesse « des fusillades », on l'appelle « voleur »,

« filou », il écoute sans cesse dans les cabinets, quand on lui demande ce qu'il y entend, il répond : « on appelle », on me crie : « Allo, allo » ; à d'autres moments il entend le général qui donne à sa famille la permission de le voir avant de mourir. Par moment, il voit son père, sa mère (qui est morte), sa sœur qui sont à côté de lui, il leur cause. Il va être « fusillé », on va lui « couper le cou », sous prétexte qu'il n'a « pas été poli avec le commandant » ; à chaque instant il pleure en songeant à l'idée qu'il va mourir. Par moment, il croit qu'on lui verse de l'eau sur le corps. Il quitte sans cesse ses vêtements, se déshabille complètement. Son corps est couvert, surtout la nuit, de sueurs profuses. Son idée fixe pendant les quatre jours qu'il passe à l'infirmerie, est qu'il doit être fusillé et que son père, sa mère, sa sœur sont sans cesse à côté de lui ; son délire est en somme un délire assez systématisé. Les pupilles sont égales, réagissent et accommodent. Le réflexe pharyngien est aboli ; le réflexe patellaire très exagéré ; quand on percute un tendon rotulien, le réflexe rotulien apparaît en même temps à l'autre membre par sympathie. On avait remarqué le 2 juin un tremblement très léger qui disparaît le lendemain. Pas de trépidation épileptoïde.

Le 2 juin on avait constaté de l'hyperesthésie généralisée.

Le 3 elle était remplacée par une anesthésie généralisée, on peut lui enfoncer des épingles, sans que le malade fasse le moindre mouvement.

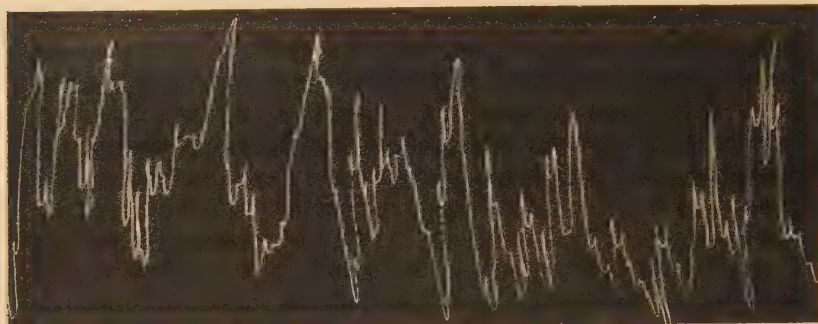
Le 4 l'hyperesthésie réapparaît et persiste le 5 et le 6 juin. Notons une douleur épigastrique réveillée par la pression ; à plusieurs reprises, il vomit le lait qu'il prend. Le pouls du matin au soir, pendant son séjour au dépôt du 1^{er} au 6 juin inclusivement, varie de 90 à 100 pulsations à la minute. Pas de fièvre, pas d'albumine. Les artères sont un peu athéromateuses. Faiblesse générale, principalement dans les membres inférieurs, il marche en chancelant, si on pèse sur ses épaules, ses jambes fléchissent aussitôt. La main droite marque 55 au dynamomètre, la gauche 45...

Tremblement. — Pendant les six jours passés à l'infirmerie spéciale, le tremblement généralisé à tout le corps a conservé la même intensité, les mêmes caractères. Ce malade est un alcoolique chronique, trembleur de vieille date et l'amer picon absorbé à haute dose depuis un mois a eu pour effet de surajouter au tremblement de l'alcoolisme chronique, des désordres musculaires caractéristiques de l'alcoolisme aigu.

Au repos. — Tout le corps du malade présente d'une façon ininterrompue des vibrations d'amplitude fort inégale, produites par des con-

tractions musculaires d'intensité très variable, à une ou plusieurs contractions faibles succèdent une ou plusieurs contractions plus fortes.

(Vitesse lente)



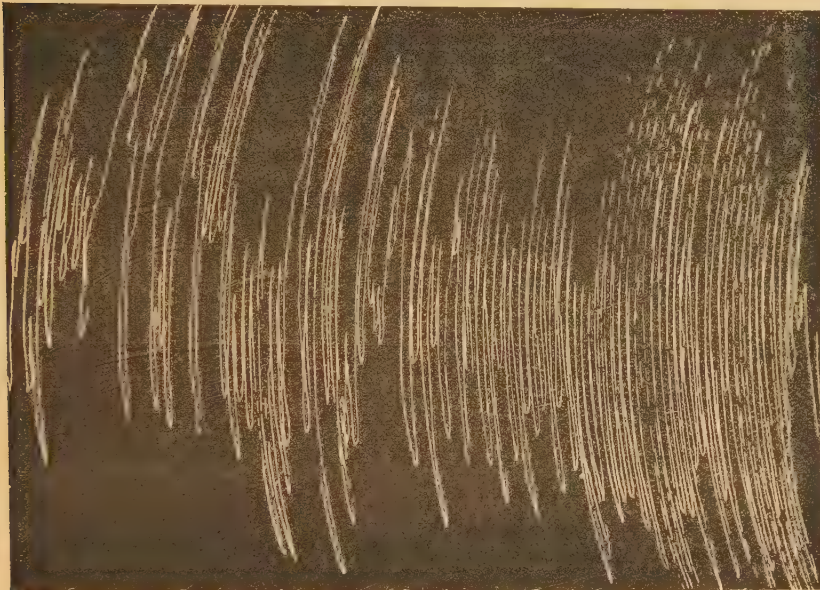
*Tremblement de la fosse sus-épineuse, le malade étant assis, le dos appuyé...
6-7 crochets à la seconde ; chaque crochet représente une contraction musculaire.*

Tous les muscles du tronc vibrent à la fois, il n'y a pas un point du corps où l'on ne sente, en appliquant la main, une trémulation plus ou moins intense. Il nous a paru intéressant, le malade étant assis le dos appuyé, d'enregistrer les contractions de la région du corps qui nous paraissait trembler le moins ; aussi avons-nous enregistré les vibrations des fosses sus-épineuses où le tremblement paraissait moins accusé. Le graphique ci-dessus nous démontre mieux que toute description combien l'état de tonus musculaire est troublé. Ce graphique représente à la fois huit secousses générales du corps (grands crochets) intercalées dans les vibrations de la région (petits crochets). Ces crochets représentant une contraction musculaire, sont au nombre de 6 à 7 à la seconde. Remarquons la grande irrégularité qui existe dans leur mode de production.

Le malade étendu sur un lit présente sur tout son corps des contractions de rythme régulier et d'amplitude inégale se traduisant à la vue par des *ondulations musculaires* faciles à observer au niveau de ses pectoraux, de ses grands droits de l'abdomen et des autres muscles de la région ; le creux épigastrique est le siège d'un mouvement de va et vient ininterrompu. Les sterno-mastoïdiens par leurs contractions répétées, font que la tête exécute continuellement de légers mouvements de flexion sur le cou.

Le malade étant toujours assis, le dos appuyé, l'avant-bras et la main reposant sur la cuisse, si l'on pique le crochet de notre appareil sur la peau qui recouvre la masse des muscles épicondyliens, un peu au-dessous du pli du coude, on obtient le graphique ci-dessous. Ce graphique représente les secousses du rythme égal et rapide dont le bras est sans cesse le siège. Ces secousses sont au nombre environ de 7 à la seconde. Par moment elles sont d'intensité variable, à d'autres moments comme le graphique nous le montre, ce sont de véritables *décharges musculaires* caractérisées par des secousses de même ampli-

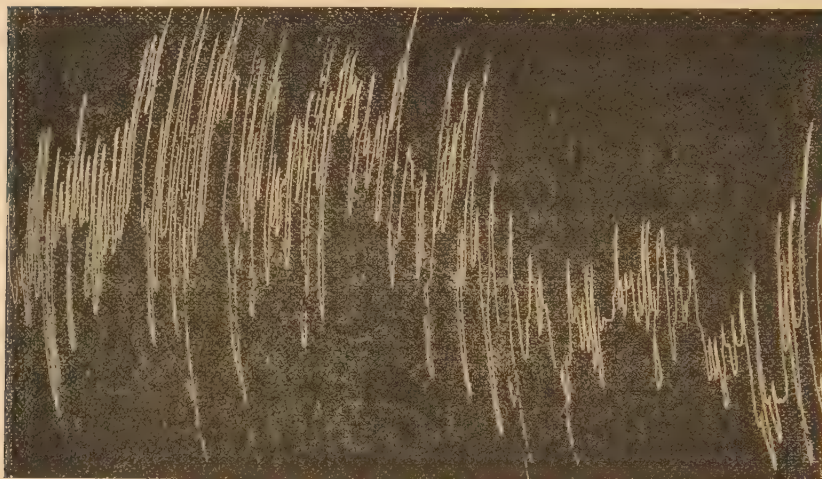
(Vitesse lente)



Tremblement du bras à l'état de repos, le hameçon est planté au niveau de la masse des muscles épicondyliens. Le malade est assis, l'avant-bras reposant sur la cuisse. 7 oscillations à la seconde.

tude pendant toute la durée de la décharge ; dans ces décharges, le nombre des secousses musculaires peut aller jusqu'à quarante et plus. En outre des secousses du membre supérieur, à la vue, l'avant-bras dans la position ci-dessus décrit des mouvements rythmiques de pronation, la main se fléchit et s'étend d'une façon rythmique sur l'avant-

bras, tandis que les doigts vibrent, les deux premières phalanges exécutant sur la troisième des mouvements de flexion. En somme les secousses musculaires mises à part, nous constatons un tremblement se produisant surtout suivant la flexion. Ces mêmes caractères nous les retrouvons, lorsque nous faisons étendre le bras au malade (toujours assis). Le bras étant étendu dans la position du serment, le tremble-



Position du serment. Forme du tremblement entre les décharges musculaires. 7 à 8 oscillations à la seconde.

ment est si marqué que par moment il est presque impossible de l'enregistrer, de violentes secousses déplaçant brusquement le bras du malade, tout en menaçant de détruire notre appareil. Néanmoins, il nous a été permis d'obtenir le graphique ci-dessus, représentant le tremblement du membre entre les décharges musculaires et le graphique ci-après représentant le phénomène des décharges musculaires. On se rend très bien compte des vibrations du membre supérieur dans sa totalité, en regardant au jour, frisant le bord inférieur du bras (c'est-à-dire la longue portion du biceps).

En outre de cette vibration totale du membre, l'avant-bras exécute sans cesse de légers mouvements de flexion sur le bras, la main sur l'avant-bras, les deux premières phalanges sur la troisième. En somme le tremblement est surtout marqué du côté de la flexion. Dans notre

graphique, le tremblement vertical de la main est représenté par les petits et moyens crochets, les grands crochets isolés çà et là et déplaçant l'axe du tracé, représentent des secousses isolées. Notons combien grand est le désordre musculaire ; l'irrégularité des oscillations inscrites en est une preuve suffisante. Ces oscillations sont au nombre de 7 à 7 1/2 à la seconde.

(Vitesse lente)



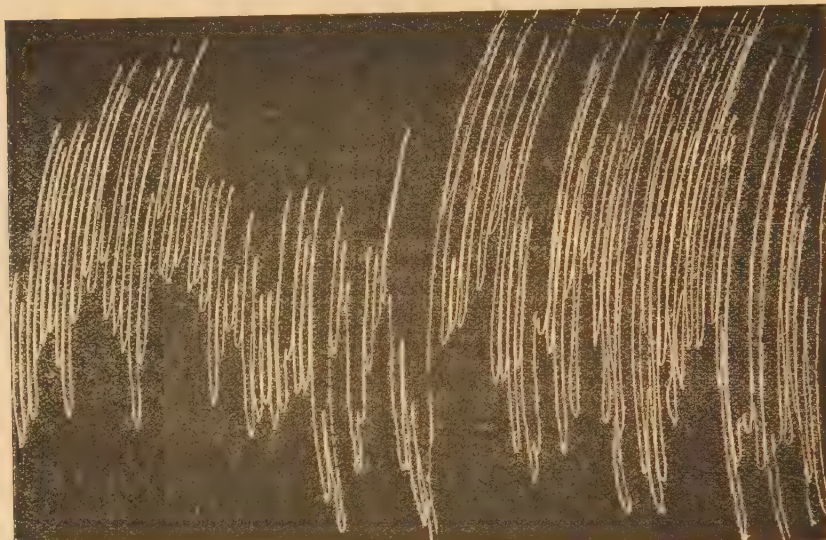
Position du serment. Phénomène des décharges musculaires 7 à 7 1/2 oscillations à la seconde.

Par moment tout le bras devient le siège d'une espèce de *convulsion locale*, ce sont des mouvements en masse du membre supérieur, rythmiques, se produisant principalement dans le sens vertical, au nombre de 7 à 7 1/2 à la seconde et si violents que par moment, ils menacent

de briser le tambour récepteur dont nous avons dû diminuer de beaucoup la sensibilité pour la circonstance. Le graphique ci-dessus en représente le tracé. Ces mouvements en masse, ces violentes secousses en un mot ces *décharges musculaires* se montrent d'autant plus fréquemment et sont d'autant plus intenses, que l'effort est plus grand, que le malade étend son membre depuis plus longtemps. *La fréquence et l'intensité des décharges musculaires sont en quelque sorte proportionnelles à l'effort fourni.* Si en effet, nous faisons tenir au malade entre l'index et le pouce, le style d'un tambour de Marey, l'avant-bras et le bord cubital de la main étant appuyés sur une table, nous obte-

(Vitesse lente)

Le malade serre davantage



Tremblement de la main tenant le style d'un tambour de Marey, l'avant-bras appuyé, la main reposant sur son bord cubital. 7 oscillations à la seconde.

nons le graphique ci-dessus. La première partie de ce graphique nous montre des oscillations d'abord assez faibles, de rythme régulier et d'amplitude variable mais toujours croissantes à mesure que l'effort se prolonge. Remarquons que toutes les oscillations de ce graphique, ne passent pas par le même axe, parce qu'en outre du tremblement transversal de la main qui tient le style du tambour, nous enregistrons à la fois les secousses musculaires du membre entier et surtout les mouve-

ments de pronation du poignet et de l'avant-bras. Dans la deuxième partie de ce même graphique, nous faisons serrer au malade le style aussi fort que possible et aussitôt les oscillations doublent presque d'amplitude ; ces oscillations se font par série et semblent être le résultat de décharges musculaires. Ici encore l'on constate l'intensité à 7 oscillations par seconde. Si nous mettons notre malade debout, par moment il présente un peu l'*aspect du choréique* ; ce sont des soubresauts tendineux, des secousses générales partout dans les membres supérieurs se déplaçant brusquement, des secousses dans les membres inférieurs et caractérisées surtout par la brusque détente en extension, de la cuisse sur la jambe.

Conserver son bras étendu dans la position du serment, devient bientôt une position impossible à garder ; au fur et à mesure que l'effort se prolonge, les secousses musculaires se rapprochent et augmentent d'amplitude ; ce n'est bientôt qu'une convulsion de tous les muscles du bras, du deltoïde principalement.

Pour porter un verre plein d'eau à la bouche, ainsi qu'un malade atteint de sclérose en plaque, il y arrive, mais avec beaucoup de peine et en renversant la moitié et quelquefois tout le contenu : au moment où le verre arrive à la bouche, Tey... le choque contre ses lèvres, ses arcades dentaires.

Il tremble tellement qu'il ne peut saisir une épingle sur une table. Son écriture est des plus démonstrative, toutes les lettres sont tremblées, il lui faut faire de très grands efforts pour arriver à écrire quelques mots ; il tremble tellement que par moment il orne certaines lettres de traits irréguliers et supplémentaires.

Le tremblement de la langue chez Tey... est moins accentué ; il ne se montre que par moment sous forme de légères décharges antéro-postérieures, lorsque l'on fait tirer la langue au malade, et encore faut-il que sa langue soit hors de la bouche depuis un moment déjà. Par moment se montre sur les bords un léger tremblement fébrile se rattachant à l'alcoolisme chronique.

Peu de choses du côté de ses muscles de la face.

Le 8 juin 1894, huit jours après son entrée à l'infirmerie spéciale, il a encore des cauchemars pénibles pendant la nuit, mais il n'a plus d'hallucinations de la vue, il ne délire plus à l'état de veille ; les sueurs ont disparu, les réflexes rotuliens sont encore un peu exagérés, l'hyperesthésie est légère, il se plaint de douleurs musculaires dans les membres.

Le tremblement existe encore, mais bien moins marqué ; il n'existe que lorsqu'on demande au malade d'étendre le membre supérieur dans la position du serment ou de porter un verre à sa bouche. Ainsi donc plus de tremblement à l'état de repos, plus de secousses musculaires, plus de soubresauts tendineux, même dans l'effort. Pendant l'état de contraction musculaire, le tremblement est maintenant réduit à un petit tremblement vibratoire très rapide. L'accès d'alcoolisme aigu s'est terminé en même temps que les troubles musculaires graves ; le malade tremble actuellement comme avant l'accès.

Cette observation est d'autant plus intéressante que Tey..... est un spécialiste parmi les buveurs ; c'est, passez-moi l'expression, un *piconiste*. Aussi, comme tel, doit-il représenter pour nous le type de l'intoxiqué par l'*amer picon*.

Si nous nous résumons, au sujet des troubles musculaires de notre malade, nous les voyons caractérisés par :

1° Un aspect choréiforme du sujet, voulu par la grande intensité des secousses musculaires et des soubresauts tendineux.

2° Un *tremblement généralisé* à tout le corps et auquel se surajoutent les *secousses musculaires*, les *soubresauts tendineux*.

3° Production au repos, non seulement du tremblement, mais encore des secousses musculaires et des soubresauts tendineux.

4° La plus grande intensité du tremblement et des secousses au commencement de l'effort musculaire.

5° L'intensité du tremblement et des secousses, proportionnelle à l'effort fourni.

6° La fréquence et l'intensité des décharges musculaires qui sont en quelque sorte proportionnelles à l'effort produit.

7° La faible intensité du tremblement de la langue et des muscles de la face.

8° La grande irrégularité de l'amplitude qui, avec les décharges musculaires, les secousses musculaires, les soubresauts et le frémissement de tout l'individu dénotent une très forte excitation de ces centres moteurs.

9° La persistance de ces troubles durant tout l'accès et leur disparition en même temps que les hallucinations de la vue.

10° Leur rythme égal mais rapide, à 7 oscillations en moyenne par seconde.

11° La production du tremblement dans le sens vertical et principalement suivant la flexion.

12° *Leur plus grande intensité le soir* : tandis que dans l'alcoolisme chronique, le tremblement est plus marqué le matin à jeun.

13° Leur disparition le huitième jour fait place à ce tremblement fin, vibratile que notre malade n'avait pas cessé de présenter depuis l'âge de 24 ans.

Si nous comparons cette observation à l'observation précédente, nous nous trouvons en présence de deux malades, buveurs invétérés et *tous deux spécialistes*, l'un prenant de l'absinthe, l'autre du picon. Les troubles moteurs d'origine toxique, localisés chez le premier à la face, à la langue et au cou, ne se font sentir chez le second qu'au niveau du corps et des membres, dans leur totalité.

Dans l'intoxication par l'absinthe, il semblerait donc qu'anatomiquement, ce serait principalement les régions sous la dépendance de la partie supérieure de la moelle cervicale, du bulbe et de la protubérance qui seraient affectées, tandis que dans l'intoxication par le picon, ce serait les territoires correspondant à la moelle dans ses trois portions cervicale, dorsale et lombaires.

Obs. III (Personnelle). — *Accès d'alcoolisme aigu produit par absorption de vin blanc à haute dose et survenant chez un malade devenu alcoolique chronique à la suite de l'usage de ce même vin blanc. — Tremblement moins marqué que chez les intoxiqués par le picon et l'absinthe et occupant le second plan. — Hallucinations de la vue très marquées et hallucinations de l'ouïe pendant toute la durée de l'accès. — Tremblement à peine appréciable à l'état de repos, se produisant surtout pendant les contractions musculaires. — Pas de tremblement de la langue.*

Albert T..., âgé de 24 ans, employé de commerce est fils d'un père

mort à 53 ans d'une maladie de cœur, homme toujours sobre, président de tribunal de commerce, et d'une mère âgée de 51 ans, nerveuse, assez bien portante et ayant été autrefois hémiplégique. Rien du côté des grands-parents. Trois frères dont un alcoolique mort à l'âge de 25 ans, les deux autres âgés de 37 et 25 ans sont bien portants et sobres. Une sœur âgée de 20 ans, bien portante, mère de deux beaux enfants. Comme antécédents personnels, son frère aîné ne lui connaît pas de maladie sérieuse dans son enfance. Il fait son service militaire à 23 ans, ayant été ajourné deux fois pour faiblesse de constitution. Il était très buveur depuis l'âge de 17 ans, sa boisson favorite était le *vin blanc*, il n'aimait pas l'absinthe ni le picon. Son frère aîné avait remarqué que depuis qu'il s'adonnait à la boisson, il devenait incapable de faire un travail quelconque d'une façon continue. Au régiment cependant, il a eu toujours de bonnes notes. Mais s'il s'y conduisait mieux que dans la vie civile, c'est que sa famille ne lui envoyait pas d'argent et que la peur d'être puni l'obligeait à ne pas boire.

Au sortir du régiment, il recommence à boire et surtout du vin blanc, il ne pouvait conserver aucun emploi, étant toujours chez le marchand de vin. Au commencement de mars 1894, il est atteint de fièvre typhoïde ; pendant les quinze premiers jours de sa maladie, il ne veut voir personne, s'enfermant dans sa chambre et n'ouvrant sa porte que pour se faire monter du vin blanc et de l'eau de Vichy ; il buvait alors jusqu'à 2 litres, et quelquefois plus, de vin blanc par jour. Sa mère l'a fait ensuite soigner et au bout de trois semaines de maladie, on l'envoie en convalescence à Rennes chez des parents ; là il buvait jusqu'à quatre litres de vin blanc, une bouteille d'eau de Vichy et trois litres de lait par jour, à cela il faut ajouter quelques grogs qu'il prenait dans le courant de la journée, pour continuer la médication qu'on lui avait ordonné pendant sa fièvre typhoïde.

15 mai. — Il rentre à Paris avec 175 francs dans sa poche et du 15 au 26 mai, jour de son entrée à l'infirmerie spéciale, c'est-à-dire en onze jours, il dépense 175 francs, soit dans les restaurants, soit chez les marchands de vin, buvant principalement du vin blanc et de vieille marque. Depuis sa fièvre typhoïde, son frère a remarqué chez lui une diminution de la mémoire, de l'intelligence et un état mélancolique.

Le 26 au matin, le commissaire de son quartier l'arrête dans la chambre de son hôtel où il faisait un vacarme énorme et l'envoie à l'infirmerie spéciale.

Son frère et sa belle-sœur avaient en outre remarqué qu'à l'âge de

20 ans, il tremblait déjà par moment, il tremblait aussi au régiment et que depuis sa libération, le tremblement le reprenait par instant.

Le 26 Albert Tey... a l'air sombre, préoccupé, il est sous le coup d'hallucinations de la vue très marquées, il voit « un tourniquet sur lequel on veut l'écarteler », il voit « des gendarmes, des soldats, des fantassins qui veulent le fusiller, qui courent après lui », il voit « des ruisseaux de sang », il essaye alors de se sauver. Ses hallucinations revêtent la forme terrifiante, pénible, « il préfère se tuer, dit-il, plutôt que d'être écartelé », aussi demande-t-il du poison, un revolver. Le malade présente en outre des hallucinations de l'ouïe ; il entend, pendant que nous l'examinons, des voix qui viennent du dehors : « il faut l'écarteler, le fusiller, arrêtez-le... » ; ces hallucinations de l'ouïe ne semblent pas d'après les renseignements pris remonter à sa fièvre typhoïde et seraient récentes. Les pupilles égales réagissent et accommodent ; les réflexes rotuliens sont normaux.

Albert Tey... accuse en plus des crampes dans les mollets, une sensation de brûlure au niveau de l'épigastre, une douleur vive à la pression dans cette même région, des vomissements le matin à jeun remontant à l'âge de 20 ans.

La main droite marque 20 et la main gauche 19 au dynamomètre. Le pouls un peu rapide et régulier bat à 100 à la minute. Il n'y a pas de fièvre, pas d'albumine ; légères sueurs, plus abondantes le soir. Le tremblement peu marqué se montre surtout pendant les mouvements.

Dans la nuit du 26 au 27, pendant la journée du 27, Albert Tey... présente le même état, les hallucinations persistent aussi actives, le tremblement seul et les sueurs diminuent d'intensité. Dès son entrée, le malade avait été mis au lait et prenait matin et soir quatre grammes de chloral et de bromure.

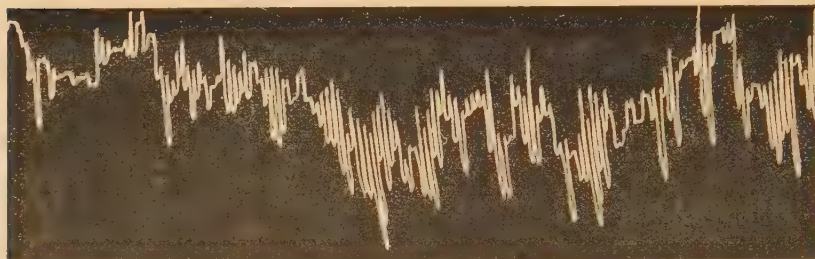
Le 28 les troubles moteurs ont complètement disparus, sauf un très léger tremblement de l'extrémité des doigts ; plus de sueurs, le pouls régulier bat à 84, le malade est calme, très déprimé, répond assez facilement aux questions et se rappelle avoir vu dans la nuit précédente des gendarmes avec des sabres qui poursuivaient tout le monde, son sommeil avait été agité. Les hallucinations de l'ouïe ont disparu. Il a encore ses crampes, ses pituites et sa douleur épigastrique. Examinons maintenant son tremblement en détail. Pas de tremblement généralisé, comme dans les observations précédentes. Le malade debout, les bras pendants le long du corps, ne présente pas de soubre-

sauts de tendons, pas de secousses musculaires, à l'extrémité des doigts principalement et par moment seulement, un léger tremblement fin, vibratile, à peine perceptible.

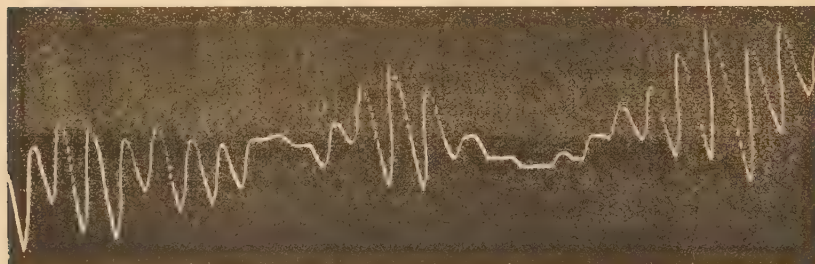
Au repos le malade assis, l'avant-bras et la main étendus sur la cuisse, notre hameçon planté sur la main, nous obtenons comme graphique une ligne droite.

Dans la position du serment, le tremblement existe seul, on n'enregistre pas de secousse musculaire déplaçant brusquement le membre en entier. Le malade pour porter son verre à la bouche, tremble un peu, mais ne renverse pas de liquide, il n'existe qu'un peu de tremblement, mais pas d'ataxie.

Dans la position du serment nous obtenons les graphiques ci-contre,
(Vitesse lente)



(Vitesse moyenne)

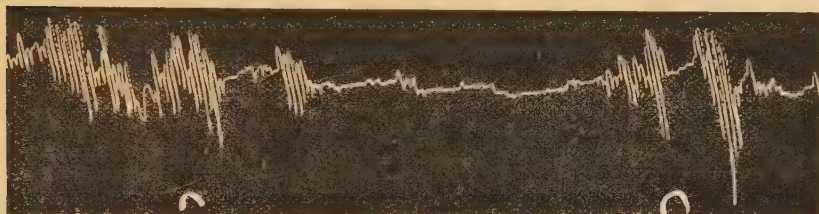


Tremblement des doigts dans la position du serment, le hameçon a été piqué à l'index.

dont le premier a été pris à la vitesse lente du cylindre, le second à la vitesse moyenne. C'est un tremblement d'intensité rapide, 7 oscillations par seconde, de rythme régulier, à oscillations peu étendues et d'ampli-

tude fort irrégulière. En outre ce tremblement est à peine marqué par instant comme on le voit fort bien sur le graphique pris à la vitesse lente du cylindre ; il se produit en quelque sorte par *intermittence*, les périodes d'intermittence étant fort courtes et ne dépassant pas la durée de deux à quatre oscillations. Le plan dans lequel se produit le tremblement est ici comme toujours le plan vertical, ce sont de légers mouvements de flexion de la main sur l'avant-bras.

Si notre malade étant assis, nous lui faisons poser l'avant-bras et le bord cubital de la main sur une table, tenant un style de Marey entre l'index et le pouce, nous obtenons sur notre cylindre le tracé ci-dessous.



Avant-bras et bord cubital de la main reposant sur une table. La main tenant entre le pouce et l'index le style d'un tambour de Marey.

Dans cette position le tremblement ne se montre qu'autant que le malade serre le style du tambour ; nous pouvons donc en conclure que *la contraction musculaire est la condition nécessaire et suffisante pour que le tremblement apparaisse*. Ce tremblement vibratile compte 7 oscillations par seconde et se produit dans un plan horizontal, c'est-à-dire suivant la flexion.

L'écriture du malade tremblée dans toutes ses lettres nous donne également à comprendre la pathogénie de ce tremblement. Le malade est si peu maître de sa main qu'il perfore parfois son papier, à ce moment là, en effet, sa main est le siège de véritables décharges musculaires. Pas de tremblement de la langue. Pas de trouble de la parole.

Du 26 au 28. — Comme nous l'avons déjà vu, le tremblement diminue progressivement d'intensité, de telle sorte que le 28 mai, par suite du traitement, il n'existe plus aucun trouble moteur, l'écriture est normale ; le malade est alors rendu à sa famille.

Chez Albert T..., comme chez tous les buveurs de vin blanc arrivés à cette période de l'intoxication alcoolique, le tremblement, nullement en rapport avec l'acuité des troubles psychiques, ne se présente pas avec le caractère aigu du tremblement des buveurs d'absinthe ou de picon. Ici, pas de frémissement musculaire généralisé, pas de soubresauts tendineux, pas de secousses musculaires, pas de tremblement de la langue, peu ou pas de tremblement au repos ; il faut un effort musculaire quelconque pour produire le tremblement qui semble s'être localisé à l'extrémité des membres supérieurs. Le rythme a sept oscillations par seconde, l'irrégularité de ces dernières, l'intermittence du tremblement pendant l'effort et son intensité variant proportionnellement à l'effort, le mode de production dans le sens vertical et surtout du côté de la flexion, l'évolution rapide, tous ces caractères, que nous avons déjà rencontrés dans les observations précédentes, sont comme autant de stigmates propres au tremblement de l'alcoolisme subaigu. Nous devons remarquer en outre que si, chez Albert Tey..., le tremblement comparé aux hallucinations de l'ouïe et de la vue, au délire psychique, paraît être au premier abord un signe de peu de valeur, il n'en reste pas moins vrai que grâce aux caractères généraux précédents, le tremblement nous permet de reconnaître à lui seul la nature de l'intoxication.

CHAPITRE II

Observations d'alcoolisme aigu ; étude des troubles moteurs.

OBS. IV (personnelle). — *Absinthe et eau-de-vie principalement, en outre quelques excès d'eau-de-vie, de picon. — Premier accès d'alcoolisme aigu remontant à 10 ans ; trémulation générale au début de l'accès. — Deuxième accès subaigu remontant à 6 ans, tremblement des mains et de la langue. — Troisième accès d'alcoolisme aigu remontant à 3 ans, tremblement généralisé. — Quatrième accès d'alcoolisme aigu au moment de l'entrée. — Attaque de delirium tremens. — Guérison des accidents aigus ; le tremblement généralisé très marqué le premier jour a complètement disparu 6 jours après, à la sortie du malade. — Soubresauts et frémissements pendant la première journée.*

Ba... cocher de fiacre, 46 ans, fils d'un père buveur, encore vivant, 70 ans, n'ayant jamais été interné, et d'une mère paraissant bien portante et morte à 24 ans d'infection puerpérale. Deux frères très buveurs, l'un âgé de 48 ans, présente un tremblement des mains très marqué et l'autre âgé de 22 ans, tremble depuis l'âge de 18 ans. Deux sœurs bien portantes, un peu nerveuses. Marié deux fois, de son premier mariage Ba... a eu trois enfants, le premier mort à 6 mois de convulsions, le deuxième à 11 ans et le troisième 9 ans, sont tous deux bien portants. De son second mariage, trois enfants également, deux morts de méningite à six semaines, le troisième, 11 mois, est bien portant.

Comme antécédents personnels, on relève des convulsions dans son bas-âge ; en outre il commence à boire à 33 ans de l'absinthe et à faire des excès. A cet âge sa profession de porteur aux Halles, l'oblige à prendre le matin à jeun de trois à six petits verres d'eau-de-vie, trois litres de vin rouge dans la journée, deux et plus souvent trois absinthes par jour ; parfois, il remplaçait l'absinthe par le picon ou bien prenait les deux à la fois. Remarquons que le malade a été interné quatre fois pour alcoolisme. Il avoue lui-même avoir toujours beaucoup bu

depuis l'âge de 33 ans, sauf pendant son séjour dans les asiles. Premier internement à 36 ans : le 15 août 1884, le malade arrive à Ste Anne avec le diagnostic : « alcoolisme aigu, hallucinations de la vue, on le poursuit pour le tuer, il se sauve sur les toits du logement qu'il habite ; craintes, frayeurs, insomnies, il se voit entouré d'animaux, il a, dit-il, les idées ébranlées. Le tremblement est généralisé ».

3 septembre 1884. — Il est envoyé à Ville-Evrard.

Le 20 les hallucinations de la vue et les idées de persécution ont en partie disparu ; le malade présente encore une légère obtusion intellectuelle ; le tremblement n'est plus généralisé, mais persiste toujours aux mains et à la langue.

Le 23 le malade dans un état mental satisfaisant, ne tremble plus et est remis à sa femme. Sorti de Ville-Evrard le malade reprend ses habitudes alcooliques.

8 juillet 1888. — Il est amené à l'Infirmerie spéciale pour alcoolisme subaigu : il a conscience de son état. Il se croit persécuté, a des hallucinations de la vue. Le tremblement non généralisé est cependant très marqué aux mains et à la langue.

Le 14 il est envoyé à Villejuif. M. le Dr Vallon lui délivre le certificat suivant : « Délire alcoolique. Idées mélancoliques. Vertiges. Tremblement des mains et de la langue ».

Le 29 sur le certificat de quinzaine, il n'est plus question de tremblement.

Ba..., sorti de Villejuif reprend naturellement ses anciennes habitudes et le 17 septembre 1889, cinq mois après sa sortie, il est ramené à l'Infirmerie spéciale du dépôt où M. le Dr Garnier porte le diagnostic suivant : « Délire alcoolique aigu, hallucinations de la vue, terreurs, visions de rats, de chiens, de serpents, etc., agitation nocturne, tremblement généralisé ». Envoyé à Ste Anne, le 2 octobre 1889, il n'est déjà plus question du tremblement dans le certificat du Dr Dubuisson ; il sort de Ste Anne le 11 décembre 1889 complètement guéri de ses accidents alcooliques.

Remarquons que pendant ces trois internements, le tremblement n'a été signalé que pendant une durée de quinze à vingt jours.

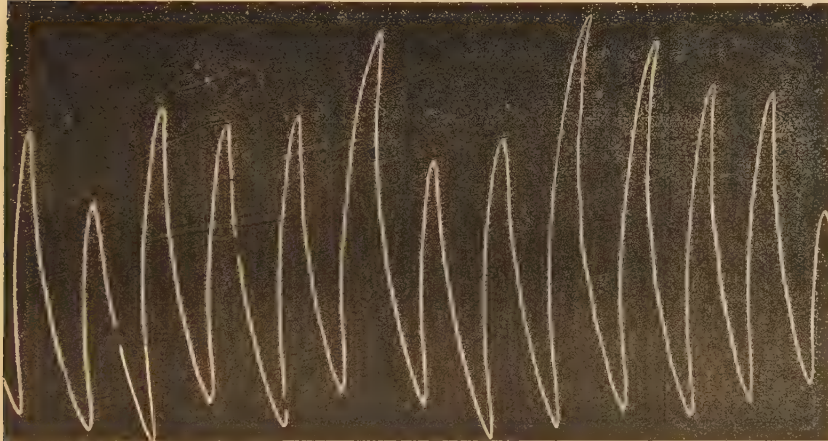
29 avril 1894. — Ba... est amené à l'Infirmerie spéciale pour un *quatrième accès* d'alcoolisme. Le malade est atteint de delirium tremens fébrile. Nous remarquons chez lui des hallucinations pénibles de la vue il voit sa femme à la tête de son lit, qui pleure, des animaux informes peu distincts qui se déplacent autour de lui, des chevaux qui veulent

le mordre. On veut l'empoisonner, il ne veut pas prendre le lait que nous lui présentons de peur que nous lui donnions un bouillon de onze heures. Il a des hallucinations de l'ouïe, on lui cause continuellement ; très halluciné il se frappe par moment la tête contre le mur. Langue saburrale, douleur épigastrique, l'estomac est dilaté et descend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Sueurs profuses, plus marquées la nuit.

La température était le matin de 37°7, le soir, 38°4.

Pouls à 108, mais régulier. Léger louche d'albumine dans les urines. Réflexes rotuliens exagérés. Hyperesthésie généralisée. Pupilles dilatées et égales. *Le tremblement est le symptôme dominant*, il est généralisé à tout le corps ; si l'on place la main sur une des épaules, le malade reste attéré, on ressent une succession de vibrations très nettes, se ré-

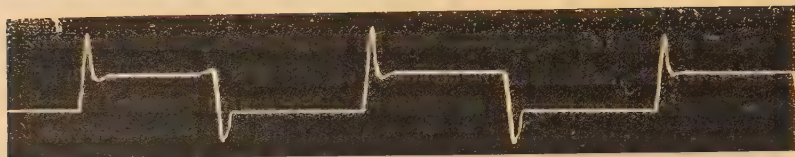
(Vitesse moyenne)



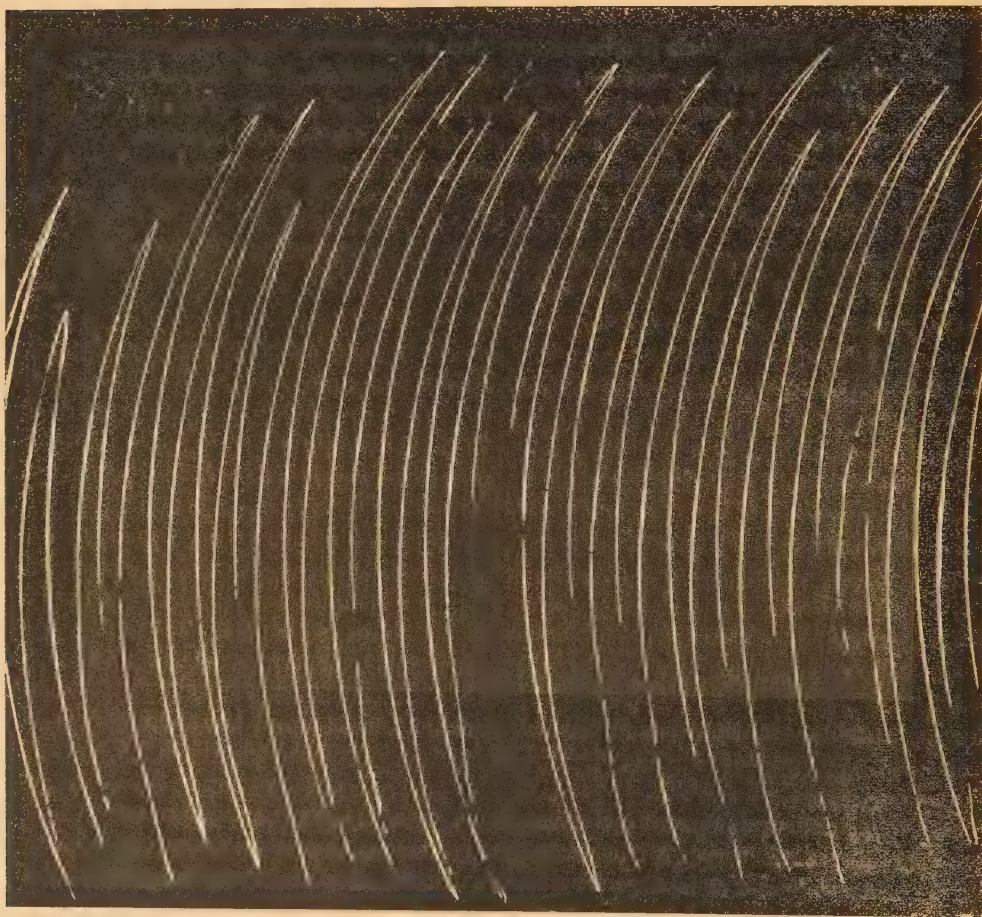
(N° 1). — Tremblement du membre supérieur à l'état de repos : la main reposant sur la cuisse, le malade étant assis. Le hameçon est planté sur la face dorsale de la main (Premier jour).

pétant régulièrement mais d'amplitude variable ; c'est un *frémissement* de tout le corps. A l'inspection, les pectoraux, la paroi antérieure de l'abdomen sont le siège de vibrations continuelles plus marquées par moments. Le tremblement est plus marqué du côté droit du corps, sans que nous ayons pu en déterminer la cause.

Lorsque le malade est debout, les bras pendants le long du corps,



(Vitesse moyenne)



(N° 2). — Tremblement absolu de la main droite dans la position du serment. — (Premier jour).
(Remarquons que pour ce malade comme pour les autres, nous avons conservé la même longueur au levier de notre tambour à réaction).

leurs deux premières phalanges exécutent d'une façon rythmique de légers mouvements de flexion sur la troisième phalange, c'est là le tremblement de l'extrémité du membre. Quant au tremblement du membre en totalité, ce sont des secousses, des soubresauts tendineux se produisant dans le sens vertical et élevant à chaque secousse le moignon de l'épaule. Si l'on fait asseoir le malade, la main et l'avant-bras reposant sur la cuisse et si l'on fixe l'hameçon de notre appareil enre-

(Vitesse moyenne)



(N° 3). — Tremblement absolu de la main gauche dans la position du serment.
Premier jour.

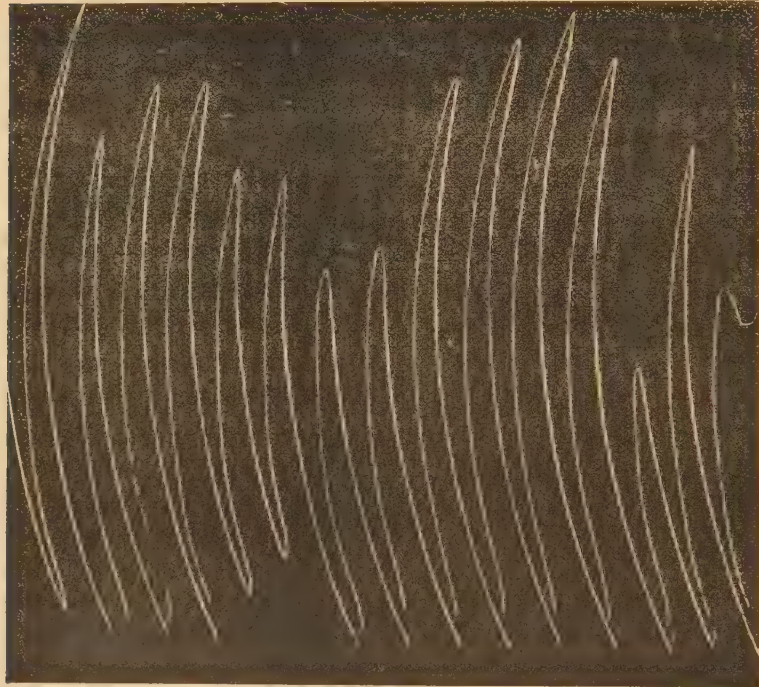
gistreur sur la face dorsale de la main, on obtient le graphique n° 1 représentant les oscillations de la main qui avec l'avant-bras et la cuisse tremblent dans le sens transversal. Ces vibrations comme nous le montre le graphique, n'ont pas toutes la même amplitude, elles sont rythmiques, d'intensité moyenne, au nombre de sept par seconde.

Si l'on fait étendre le bras au malade en lui faisant prendre la position du serment, le membre supérieur est le siège d'un tremblement très étendu et des plus intéressants (n° 2 et n° 3).

Ce tremblement s'exécutant dans le sens vertical, nous avons disposé l'appareil de façon à enregistrer des oscillations verticales.

Pour bien comprendre le tremblement du membre supérieur, il faut le décomposer en deux sortes d'oscillations, s'exécutant dans un même plan vertical.

(Vitesse moyenne)



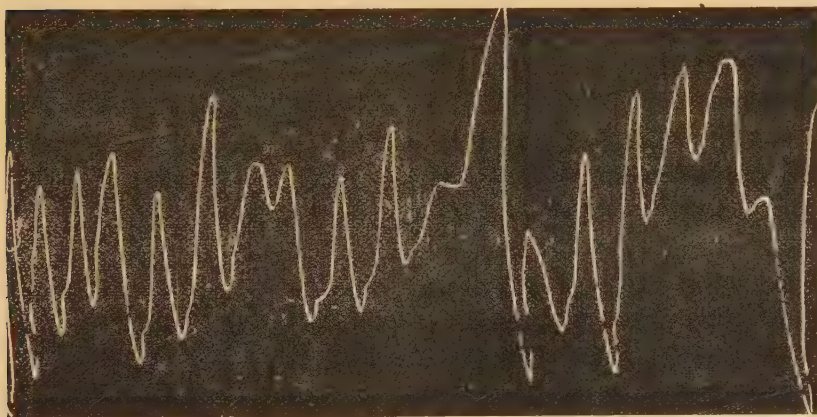
(N° 4). — Tremblement de la main droite, l'avant-bras reposant sur le plan horizontal, la main fermée tenant l'aiguille de Marey entre le pouce et l'index. (Premier jour, 7 oscillations par seconde).

Un premier groupe d'oscillations répondant au tremblement de la totalité du membre, tremblement que l'on voit fort bien en regardant le bord inférieur du bras étendu, un deuxième groupe d'oscillations,

celles enregistrées dans les graphiques n° 2 et n° 3, chaque oscillation étant produite par un léger mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras. Ces oscillations se produisent suivant un rythme égal et rapide de sept oscillations à la seconde et sont d'amplitude à peu près égale.

Pendant la contraction musculaire, le tremblement, d'un rythme toujours égal à 7 oscillations par seconde, présente de l'irrégularité dans l'amplitude des oscillations, ainsi que le prouve le graphique n° 4, par moment il se produit comme une décharge musculaire, les oscillations doublent et triplent d'amplitude. A une série de quatre à six oscillations d'une forte amplitude, succède une série d'oscillations d'amplitude moins forte. Le tremblement persiste donc toujours, durant la contraction musculaire, mais avec des exarcebations intermittentes. La langue du malade ne peut être tenue au repos en dehors de la bouche. Lorsque l'on dit au malade de la maintenir dans cette position, elle exécute des mouvements antéro-postérieurs irréguliers au nombre de 6 1/2 à 7 par seconde, et d'amplitude très variable. Par moment

(Vitesse moyenne)



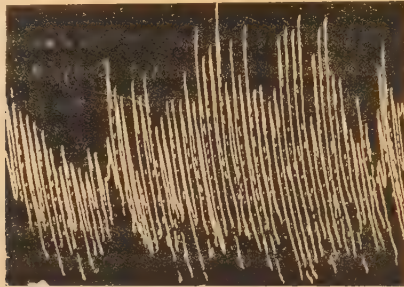
(N° 5). — Tremblement de la langue maintenue hors de la bouche.
(Premier jour).

c'est une véritable ataxie de l'organe, qui ne peut rester fixé hors de la bouche. Le tremblement fébrile est à peine marqué.

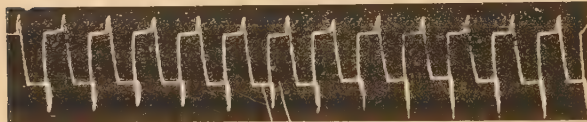
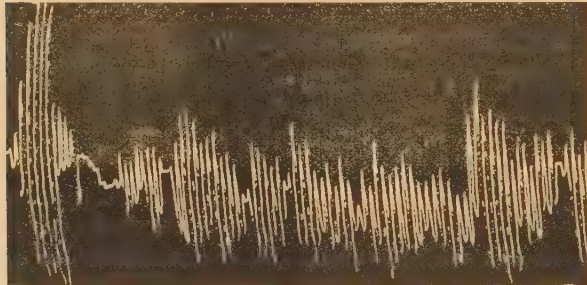
Cette ataxie ne se trouve pas seulement au sujet des muscles de la langue ; quand on veut faire saisir un objet fin à Ba..., il ne peut y ar-

river ; si on lui fait prendre sur une table, un verre plein d'eau, et si on lui ordonne de le porter à la bouche, de même qu'un malade atteint

(Vitesse lente)



(N° 6). — Main droite, le bras étant dans la position du serment. —
(Deuxième jour).



(N° 7). — Avant-bras et bord cubital de la main droite reposant sur un plan horizontal, la main tenant le style de Marey, entre le pouce et l'index.

de sclérose en plaques, il ne peut y arriver qu'en renversant les deux tiers et encore ce ne sera qu'avec le secours de ses deux mains qu'il arrive à se mettre le verre à la bouche. Dans l'accomplissement de cet acte, les mouvements ordinaires sont plus accusés, par moment, il y a là comme de véritables décharges musculaires.

Traitement. — Lait. Diurétiques.

30 avril 1894. — Le malade n'est plus reconnaissable.

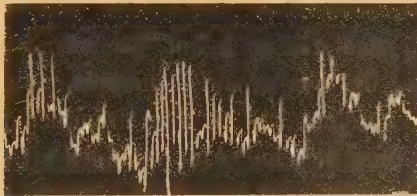
Ba .. est calme, le tremblement est bien moins accentué: n° 6, n° 7, n° 8.

Pouls normal. La température 37° le matin, 37° 2 le soir.

Pas d'albumine dans les urines. Le tremblement n'existe plus au repos et s'est localisé dans les membres inférieurs et supérieurs, surtout dans ces derniers, étant toujours plus marqué à droite qu'à gauche.

Quand on fait étendre le bras à Ba..., la main dans la position du serment, tout le membre est pris de trémulations fines. Le tremblement enregistré à l'extrémité des doigts et d'une aptitude beaucoup plus grande que le tremblement de la racine du membre ainsi que le prouvent les graphiques ci-dessus. Le rythme en est régulier et rapide à 7 oscillations par seconde, l'amplitude de ces dernières variant avec chacune d'elles.

(Vitesse lente)



(N° 8). — Tremblement du bras droit; le bras étant étendu, l'hameçon est planté sur la masse épicondylienne. — (Deuxième jour).

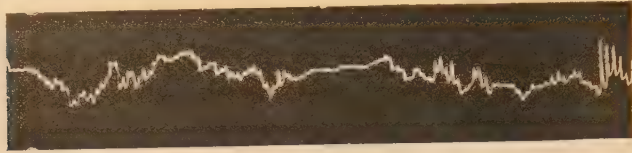
Remarquons que les grandes oscillations se montrent toutes par séries successives, sous forme de décharges musculaires, en quelque sorte. La main ne décrit plus de mouvement de flexion sur l'avant-bras.

Quand on fait saisir le style du tambour de Marey, l'avant-bras et la main reposant sur une table, le tremblement est plus marqué pendant les premières secondes qui suivent l'acte, pour diminuer ensuite et augmenter à nouveau lorsque le malade persiste de plus en plus dans l'acte de serrer entre le pouce et l'index le style du tambour.

L'ataxie, l'incoordination des mouvements ont disparu, le malade

peut saisir un objet fin. Il n'y a presque plus de tremblement de la langue. Le malade répond facilement aux questions qu'on lui pose. Il a encore des cauchemars la nuit et des crampes dans les membres.

4 mai 1894. — Ba... très calme demande à sortir depuis deux jours. Il dort bien la nuit, mange, ne présente plus d'hallucinations, quel-



(N° 9). — Main droite, le bras étant dans la position du serment. —
(Quatrième jour).

ques crampes assez rares et de courte durée dans les mollets seulement. Le pouls est à 80. Il n'existe plus qu'un tremblement excessivement fin (n° 9) à l'extrémité des doigts, d'une très faible amplitude et plus accusé par moment, ainsi que le prouve le graphique, pas de tremblement de la langue.

Afin de mieux saisir les nombreux caractères du tremblement de ce malade, nous nous résumerons ainsi : Dans les quatre accès causés par l'absinthe et l'eau-de-vie, le tremblement s'est toujours montré généralisé au début. La coexistence des secousses musculaires, des soubresauts tendineux entraînant l'ataxie des mouvements volontaires et d'un tremblement d'une plus grande intensité sont ici l'indice de troubles graves. La nature toxique de ces troubles nous est encore prouvée par la fièvre, le pouls et surtout l'albumine trouvée dans les urines. Pendant le premier jour, alors que notre malade présentait 38° 4 de température, les troubles moteurs étaient d'une très grande intensité ; le lendemain la température tombe, l'attaque de *delirium tremens* disparaît en même temps que l'albumine, *et le tremblement, comme nous le prouvent les graphiques est d'une intensité quatre fois moindre* ; quant aux secousses musculaires avec soubresauts tendineux, au frémissement généralisé du corps, on ne remarque plus aucun de ces signes.

Le tremblement de la langue ne s'est montré que pendant l'attaque de *delirium tremens*. Nous pouvons donc déjà conclure que pendant l'attaque de *delirium tremens* fébrile, les troubles moteurs atteignent leur maximum d'intensité. Pendant l'état aigu (premier jour) comme pendant l'état subaigu (second et troisième jours), nous avons retrouvé les mêmes caractères plus accentués, cependant, dans le premier état : l'intensité du tremblement plus grande pendant l'effort et variant proportionnellement à la durée et à l'intensité de ce même effort, le rythme régulier et égal à 7 oscillations par seconde, le mode de production des oscillations dans le plan vertical suivant la flexion, la grande irrégularité dans l'amplitude de ces mêmes oscillations, la production par moment de véritables décharges musculaires.

Dans ce genre d'intoxication mixte par l'absinthe et l'eau-de-vie, il semblerait que le coup de fouet a été plutôt donné par les excès d'absinthe ; sa puissance toxique étant en effet plus brusque, plus intense, et s'atténuant plus rapidement que celle de l'eau-de-vie. Au bout de 24 heures, en effet, le tremblement de la langue avait disparu, ainsi que les symptômes graves et il ne restait qu'un tremblement localisé aux membres. Enfin, au 6^e jour, l'alcool est presque entièrement éliminé et notre malade sort, guéri de son accès.

Obs. V. — (personnelle). — Accès de *delirium tremens* fébrile survenant chez un alcoolique chronique. — Eau-de-vie depuis l'âge de 7 ans. — Absinthe depuis l'âge de 29 ans, à l'âge de 29 ans, deux mois avant son entrée, se met en outre à boire 7 à 8 amers picon par jour. — Attaque de *delirium tremens* fébrile. — Hallucinations de la vue. — Tremblement généralisé à son entrée ; intermittence du tremblement au repos, ataxie et tremblement très marqués dans les mouvements volontaires. — Phénomène des décharges. — Marche spéciale du tremblement.

Le malade Om... charbonnier de son état, âgé de 39 ans, fils d'un père âgé de 75 ans, bien portant, pas alcoolique, et d'une mère, morte à 34 ans de maladie inconnue, non nerveuse, a trois frères bien portants non buveurs et quatre sœurs également bien portantes.

Aucune maladie à relater dans la jeunesse de Om..., si ce n'est ses habitudes invétérées d'alcoolisme. A l'âge de 7 ans, il aimait déjà beaucoup l'eau-de-vie, en fait sa liqueur préférée, jusqu'à l'âge de 29 ans. A cette époque il arrive à Paris, se met à boire de l'absinthe et en prend plusieurs verres par jour. A l'âge de 33 ans, quatre ans après son arrivée à Paris par conséquent, il s'aperçoit que ses mains tremblent lorsqu'il veut faire un ouvrage quelconque. Néanmoins il continue à prendre de l'eau-de-vie tous les matins, plusieurs absinthes par jour et deux mois avant son entrée à l'infirmerie spéciale, il s'adonne à l'amer picon, en prend quatre, cinq, six et huit verres par jour, mais continue néanmoins à prendre quelques absinthes. Le malade ne prenait depuis quelques jours que de l'amer picon, quand de lui-même il remarqua que les pituites du matin qui chez lui existaient depuis longtemps, se renouvellent dans la journée et sont bientôt remplacées par des vomissements survenant à la suite de ses repas. On note également chez lui des cauchemars la nuit, des crampes dans les mollets, remontant à plusieurs années.

Le 26 mai au soir, chez un marchand de vin, le malade pris d'un accès d'alcoolisme aigu avec agitation et hallucinations terrifiantes, est amené à 11 heures du soir à l'infirmerie spéciale du dépôt.

Depuis onze heures jusqu'à une heure du matin, le malade s'agite dans sa cellule, frappant contre les portes et sur les cabinets en criant : « il est l'heure, réveillez-vous » ; par moment il s'enfuit au fond de sa cellule faisant des mouvements de défense et appelant au secours, couvert de sueurs profuses il tremble de tout son corps. A une heure du matin, il est brusquement pris d'une attaque qui dure dix minutes environ. Pendant cette attaque l'infirmier a remarqué des secousses successives portant sur les quatre membres, sur les muscles de la face : en outre une écume abondante à la bouche. Au sortir de l'attaque, le malade très abattu ne peut se tenir que difficilement sur ses jambes, il est toujours couvert de sueurs profuses, son agitation est moindre, le tremblement persiste, toujours généralisé. A sept heures du matin, une deuxième attaque semblable à la première, si ce n'est l'écume cette fois striée de sang, le malade s'étant mordu la langue.

Le 27 au matin, nous examinons le malade et nous diagnostiquons toujours une attaque de *delirium tremens* fébrile. Il est couvert de sueurs profuses. La respiration est irrégulière. Le pouls bat à 100, il est petit, dépressible, irrégulier par moment, la température du matin à 8 heures et demie 38°. Les hallucinations sont très marquées et se présentent

sous la forme terrifiante ; il voit toute sorte de bêtes, des chiens qui veulent le mordre, des chevaux méchants, du monde qui se bat, des serpents qui se sauvent devant le monde, quelquefois des rats ; il ramasse des mouches dans sa cellule ; il cherche au moment où je lui parle le bouchon de son litre, se croyant encore chez le marchand de vin. On note une zone douloureuse à la palpation profonde dans la région épigastrique. Les pupilles égales et dilatées réagissent bien. Les réflexes rotuliens sont exagérés. Il existe une hyperesthésie généralisée. La main droite marque 29 au dynamomètre et la gauche 27. Les dents et la langue sont recouverts d'un enduit pulvérulent brunâtre ; il y a de l'albumine dans les urines. Le 27 au soir, la température est de 38°9. Le pouls est petit, rapide et irrégulier. A son entrée on ordonne une potion au bromure et au chloral et des tisanes diurétiques.

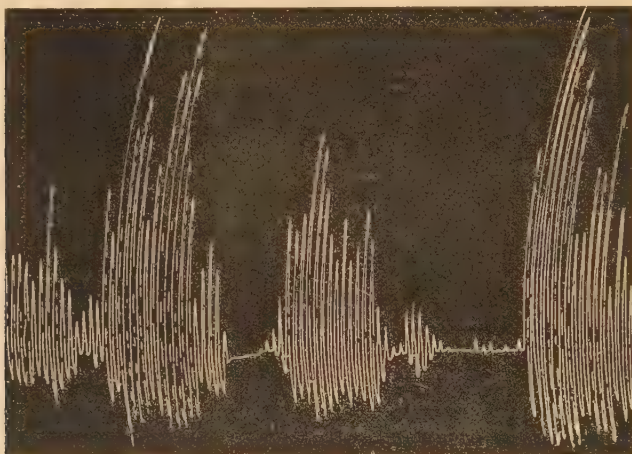
Dans la nuit du 27 au 28, à une heure du matin, le pouls faiblissant de plus en plus nous envoyons le malade à l'Hôtel-Dieu, pour attaque de delirium tremens fébrile. Très agité, on lui administre à son entrée à l'hôpital 8 grammes de chloral et 5 grammes de bromure de potassium. Le délire persiste jusqu'à six heures du matin, heure à laquelle l'attaque disparaît subitement.

Le 28 à huit heures du matin, la température est de 37°2 et le soir de 37°3. Depuis le 28 au matin le tremblement a diminué rapidement d'intensité, le pouls est devenu moins rapide, plus régulier et plus plein ; le malade plus calme n'est plus en proie aux hallucinations terrifiantes qu'il accusait à son entrée et répond facilement aux questions qu'on lui pose. On note comme la veille de l'albumine en assez grande quantité dans les urines ; les sueurs ont disparu ; on continue le chloral et le bromure.

Le 29 la température 37°, le pouls plein, bat régulièrement, le malade ne se rappelle pas avoir eu des cauchemars pendant la nuit. Les urines renferment toujours de l'albumine, mais sont plus abondantes, les réflexes rotuliens normaux, on note encore un peu d'hyperesthésie généralisée. Calme dans son lit, le tremblement a complètement disparu au repos et se montre surtout pendant la contraction musculaire. Le malade affaibli marque au dynamomètre 27 de la main droite et 25 de la main gauche ; avant son attaque il marquait 29 de la droite et 27 de la gauche.

Connaissant maintenant l'évolution de notre malade, examinons plus en détail le tremblement. A son entrée à l'infirmerie spéciale, tout le corps du malade est le siège de secousses musculaires irrégulières

ne se montrant qu'à certains moments, et que l'on distingue très bien en appliquant la main sur les différentes parties du corps. Debout, la tête et le cou tremblent par intervalle sur les épaules en exécutant des oscillations dans le plan vertical antéro-postérieur ; les bras pendants le long du corps, présentent en dehors des secousses musculaires qui soulèvent par moment le membre en entier, un tremblement se produisant au niveau des deux premières phalanges qui à chaque oscillation semblent se fléchir sur la troisième. En marchant le malade oscille et faiblit sur ses jambes. Le malade au repos, assis, la main et l'avant-bras reposant sur la cuisse, si on plante le hameçon de notre appareil sur le dos de la main, on obtient le graphique ci-dessous, qui mieux que toute démonstration, nous donne une idée parfaite de ce genre de tremblement. Dans cette position, la main et l'avant-bras tremblent dans un plan horizontal, mais d'une façon intermittente, d'une façon irrégulière, le tremblement diminuant d'intensité et disparaissant par moment, pour revêtir à d'autres instants la forme d'un

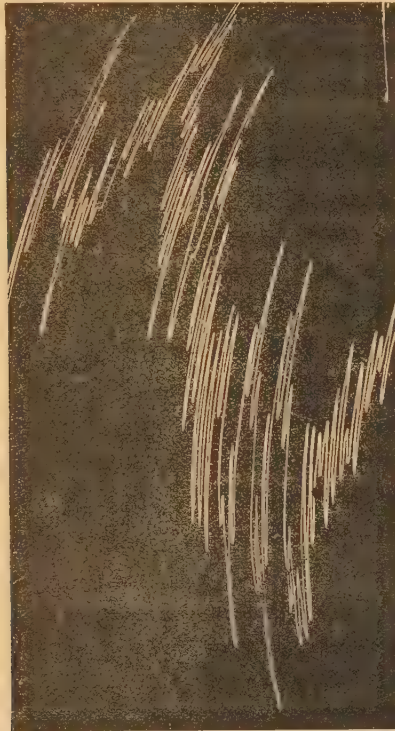


Repos absolu. La main et l'avant-bras reposent sur la cuisse, le malade assis.
Décharges musculaires et intermittences du tremblement.

tremblement à grandes oscillations. On peut compter dans le tracé ci-dessus de 7 à 13 oscillations plus fortes qui succèdent, soit à des oscillations d'amplitude moindre, soit à des périodes de repos. Dans cette *forme intermittente* du tremblement, le phénomène des *décharges mus-*

culaires est d'autant plus évident que celles-ci sont parfois complètement isolées par des périodes de repos.

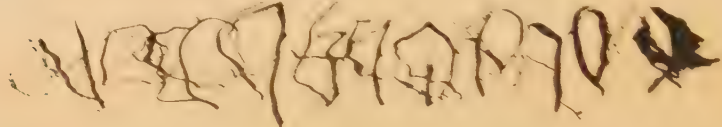
Le malade étant assis, le membre supérieur dans la position du serment est le siège d'un tremblement d'intensité d'autant plus marqué que l'on se porte de la racine du membre à l'extrémité des doigts. Dans cette position, indépendamment de ce tremblement dont l'amplitude des oscillations varie presque avec chacune d'elle ; nous remar-



Tremblement du membre supérieur dans la position du serment.
Le hameçon a été fixé à l'index.

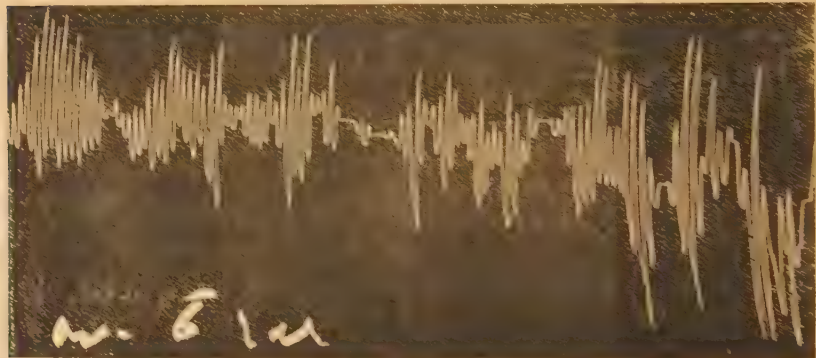
quons des mouvements ataxiques du membre le déplaçant dans sa totalité et se reproduisant à intervalles réguliers. L'axe par lequel passent toutes les oscillations du graphique ci-joint, représenté par une ligne fort irrégulière, nous donne une idée suffisante du degré d'ataxie dont les membres supérieurs deviennent le siège dans les mouvements

volontaires. Le malade ne peut pas en effet porter un verre à sa bouche, sans renverser les trois quarts du contenu. L'acte d'écrire est pour lui une chose impossible, l'autographe ci-joint nous le prouve aisément. Le malade étant assis, si nous lui faisons appuyer l'avant-bras et le bord cubital de la main sur une table et tenir le style d'un tambour de Marey entre le pouce et l'index, nous obtenons un tremblement fin, rapide, à 7 oscillations par seconde se produisant dans un plan hori-



(Traduction : *Je demande*).

zontal, la main décrivant des mouvements de flexion sur l'avant-bras. Les oscillations augmentent d'amplitude chaque fois que nous ordonnons au malade de serrer davantage le style ; aux grandes oscillations

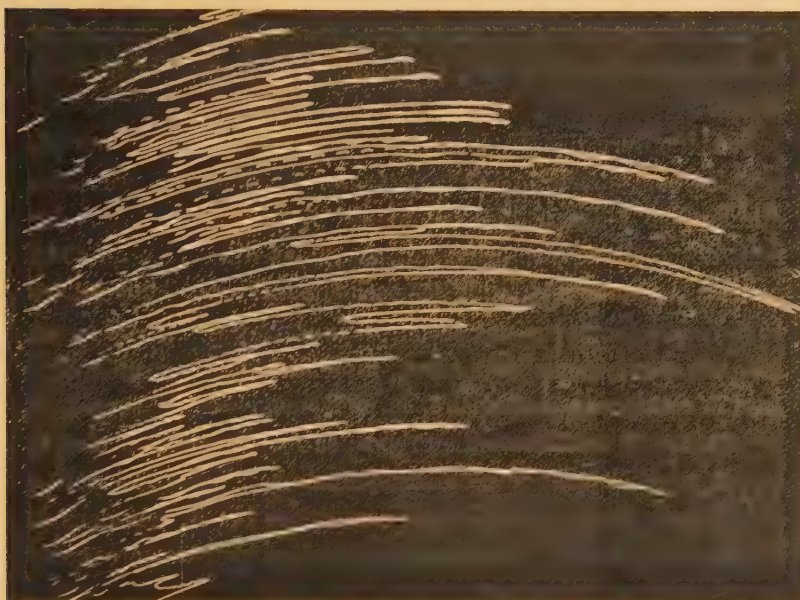


Avant-bras et bord cubital de la main reposant sur une table : la main tenant entre le pouce et l'index le style d'un tambour de Marey.

du graphique correspondent des contractions musculaires plus fortes.

Le tremblement de la langue est encore plus marqué qu'aux membres. Lorsque l'on fait tirer la langue au malade, elle est animée de mouvements antéro-postérieurs rapides au nombre de 6 1/2 à 7 par seconde ; à chaque oscillation, le malade rentre et sort la langue de la bouche alternativement, il n'est plus maître de ses muscles, c'est une véritable ataxie de l'organe : cette ataxie est si marquée qu'il est difficile de trouver sur le graphique deux oscillations d'amplitude égale.

Par moment on remarque nettement le phénomène des décharges musculaires qui se traduit, comme nous le voyons sur le graphique ci-dessus, par une série de plusieurs oscillations augmentant brusquement d'amplitude pour diminuer ensuite. La langue dans la bouche ne tremble pas et donne graphiquement une ligne presque droite. Il existe en outre un léger tremblement de l'orbiculaire des lèvres, quand on fait ouvrir la bouche au malade ou qu'on lui ordonne de parler. La parole est légèrement tremblée. Le tremblement persiste avec les mêmes ca-



Tremblement de la langue, le malade maintenant sa langue hors de la bouche.

ractères jusqu'au moment de l'attaque de délirium tremens fébrile, où il augmente d'intensité pendant la première partie de l'attaque, pour tomber brusquement dans la deuxième partie et faire place à une résolution musculaire complète. Au sortir de l'attaque le 28 au matin, le tremblement n'existe plus au repos et ne se montre que pendant la contraction musculaire, lorsque l'on fait tirer la langue, étendre le bras, serrer un objet ; les mouvements ataxiques ont complètement disparu. Le tremblement des membres supérieurs se traduit, pendant la contraction musculaire seulement, par un tremblement fin, vibra-

tile, siégeant principalement à l'extrémité des doigts. Ainsi, depuis cette attaque de *delirium tremens fébrile*, tout tremblement au repos a complètement disparu.

29. — Le malade est redevenu au point de vue du tremblement ce qu'il était avant l'attaque : un alcoolique chronique.

Généralisé mais plus accentué à la partie supérieure du corps, à la langue principalement, ce tremblement nous rappelle à la fois le tremblement des observations I et II.

Dans l'observation I, le malade ne prenait que de l'absinthe et seuls les muscles de la tête, de la langue et du cou étaient intéressés.

Dans l'observation II, le malade ne buvait que de l'amer picon, les quatre membres et le corps seulement étaient pris. Bien que localisé à des régions différentes, le tremblement dans ces deux observations n'en présentait pas moins des caractères communs : la grande amplitude des oscillations, leur irrégularité, les soubresauts tendineux, les secousses musculaires, l'ataxie en un mot des mouvements volontaires, l'intensité plus marquée pendant la contraction musculaire, le phénomène des décharges, la persistance du tremblement au repos, sa marche et son évolution rapide parallèlement aux autres symptômes. Notre observation précédente résume à la fois ces observations I et II, tant dans la localisation propre du tremblement que dans les caractères communs des troubles moteurs.

Om... est, en effet, un absinthique invétéré, qui à la suite d'excès d'absinthe et surtout d'amer picon, est atteint de délire alcoolique aigu. Il nous est donc permis de supposer d'après ce genre d'intoxication, que le tremblement des membres et du corps reconnaît pour pathogénie, l'intoxication par l'amer picon, tandis que celui de la langue, de la face et du cou était sous la dépendance de la liqueur d'absinthe absorbée. Les troubles moteurs produits par les essences de picon et d'absinthe ont cessé avec l'attaque de *delirium tremens fébrile*, tandis que l'action toxique

de l'alcool persiste seule, se traduisant par un tremblement fin, vibratile, caractéristique de ce genre d'intoxication.

L'ataxie intense qui se surajoute au tremblement, pendant les mouvements volontaires et les entraves même, jusqu'à empêcher le malade d'accomplir certains actes comme celui d'écrire, l'intermittence du tremblement au repos et sa production par décharges successives, le rythme toujours égal et rapide à sept oscillations environ par seconde, la grande intensité du tremblement et sa production dans le sens vertical et surtout du côté de la flexion, sont encore chez Om... autant de signes caractéristiques de cette forme aiguë du tremblement alcoolique.

Obs. VI (personnelle). — *Rhum, vin blanc, picon, absinthe, vermouth, cognac.* — *Attaque de delirium tremens fébrile au cours d'un accès d'alcoolisme subaigu.* — *Troubles moteurs non en rapport avec l'activité du délire.* — *Mode de production du tremblement, son manque de généralisation, sa brusque disparition.* — *Température élevée.* — *Albumine.* — *Sueurs profuses.* — *Troubles de la sensibilité.* — *Guérison complète dix jours après son entrée.*

Lucien G..., garçon de café, âgé de 26 ans, est en quelque sorte un *eclectique*, il boit de tout. Son père, buveur, est mort aliéné à l'âge de 51 ans ; sa mère âgée de 74 ans, serait bien portante, pas nerveuse. De ses deux frères, l'un est mort à 47 ans de maladie inconnue, non buveur, l'autre âgé de 42 ans est un cultivateur bien portant. Sa sœur âgée de 34 ans est bien portante et n'a jamais eu d'enfants.

Comme antécédents personnels, nous ne trouvons rien dans son enfance qu'une broncho-pneumonie à l'âge de 10 ans. Il a toujours eu un peu de tout depuis l'âge de 13 ou 14 ans, où il embrasse la profession de garçon de café. Au régiment, il fait son temps de service comme garçon de cantine. Libéré du service militaire, il reprend son emploi de garçon de café.

Depuis quatre ans environ, le malade tremblait le matin à jeun principalement, le tremblement disparaissait lorsqu'il avait pris quelques nourritures. Dès cette époque, sa femme avait remarqué qu'il se plaignait de crampes dans les mollets, qu'il avait parfois des cauchemars la nuit et que le matin, il lui arrivait « de vomir de l'eau ». Depuis quatre ans il suivait le régime suivant : « Le matin en se levant, un rhum

mélé avec un cassis ; à huit heures du matin, deux verres de vin blanc en mangeant ; vers les onze heures, deux apéritifs, c'était d'abord un picon, suivi soit d'une absinthe, soit d'un vermouth ; en déjeunant une demi-bouteille de vin rouge suivi d'un café cognac ; vers les cinq heures une absinthe ou un picon ; en dinant un demi-litre de vin rouge avec café et cognac à volonté ; dans la soirée deux ou trois hocks ; vers minuit avant de se coucher, il prenait deux verres de vin blanc.

Depuis quinze jours, avant son entrée à l'infirmérie spéciale Lucien G... a des cauchemars la nuit, plus intenses que jamais, son sommeil est très agité, il présente par moment des soubresauts de tout le corps et voit dans ses rêves « des rats, des chiens qui veulent le mordre, des annamites dans un bois, parlant un langage incompréhensible et voulant le frapper »...

A l'état de veille, depuis cette même époque, il ne peut pas se mettre à une croisée ou à un balcon sans avoir aussitôt « la sensation du vide » ; à certains moments « tout tournait autour de lui » ; il avait alors la parole tremblante. Le tremblement ne se montrait plus seulement le matin, mais persistait pendant le jour et la nuit.

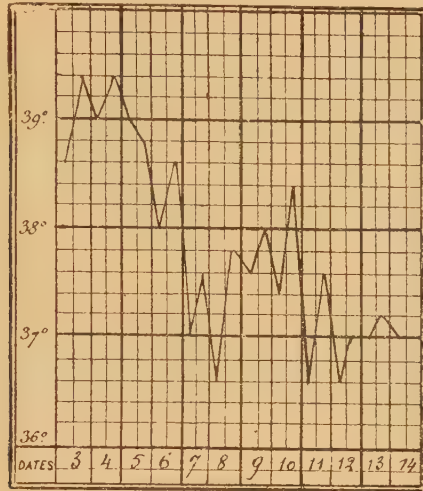
Depuis trois jours, avant son entrée à l'infirmérie spéciale, Lucien G... est très agité, il est furieux, il faut plusieurs personnes par moment pour se rendre maître de lui, il ne dort plus la nuit, son corps couvert de sueurs profuses vibre dans toutes ses parties. Le malade est très halluciné, il fait à plusieurs reprises des scènes de jalousie à sa femme, prétendant qu'il « la voit causer à des individus qui veulent coucher avec elle ; par moment ces individus abusent de sa femme ».

La veille de son entrée à l'infirmérie spéciale, il menace de jeter sa femme par la fenêtre, il voit des soldats dans sa chambre qui ont « tiré sa femme hors du lit ».

3 mai 1894. — Sa femme se voyant dans l'impossibilité de le soigner chez elle, le fait envoyer à l'infirmérie spéciale. Remarquons que Lucien G... qui s'acquittait fort bien, paraît-il, de ses devoirs de mari n'avait pas eu une seule érection depuis quinze jours.

Etat du malade, à son entrée à l'infirmérie spéciale, 3 mai 1894. — Le malade est en état de delirium tremens fébrile, les muscles du tronc, se mettent en vibration, aussitôt que le malade fait un effort musculaire quelconque, le tremblement se montre principalement pendant les mouvements. La température à neuf heures du matin de 38°8, monte le soir à 39°4 ; le pouls petit, régulier mais rapide, bat à 110 à la minute : la langue est légèrement saburale.

Les réflexes rotuliens sont nettement exagérés ; la marche se fait facilement. Les pupilles sont égales, mais un peu dilatées ; les conjonctives sont rouges, congestionnées. Il existe une hyperesthésie généralisée, on peut à peine toucher le malade avec la tête d'une épingle, sans qu'il ne fasse des mouvements de recul. Albumine dans les



Température de Lucien G... entré le 3 mai à l'infirmerie spéciale
et le 4 mai à l'Hôtel-Dieu.

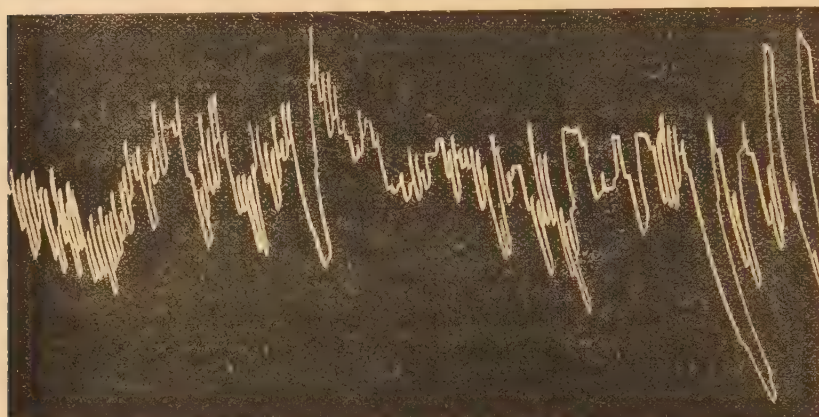
urines. Par moment, il existe chez lui du dédoublement de la vision, il voit tout en double. Les hallucinations de la vue sont proportionnellement plus marquées que le tremblement et sont avec la température les deux symptômes imposant le diagnostic de *delirium tremens febrile*.

Au moment où nous l'examinons, il voit sa femme avec un corsage bleu pointillé, une tête qui passe par la croisée, des objets imaginaires. Nous lui demandons s'il ne voit pas des rats à ses pieds, aussitôt il se baisse pour en attraper un. Par moment le délire est si marqué qu'il ne se rappelle plus de sa femme, de son âge..., inquiet, il se retourne de tous côtés, faisant par instant des mouvements de recul comme pour fuir des hallucinations terrifiantes et pénibles.

Les troubles moteurs sont moins prononcés que les troubles psychiques ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. Le tremblement n'est

pas généralisé à tout le corps, les muscles de la face ne tremblent point, seul le tronc et les membres présentent à la paume de la main qui les explore, une légère vibration, toutes les fois que le malade fait un effort musculaire. Debout, les bras pendant le long du corps, on ne remarque qu'un léger tremblement fin et intermittent à l'extrémité des

(Vitesse lente)



Tremblement absolu de la main dans la position du serment.

membres supérieurs. Le tremblement disparaît complètement lorsque le malade est assis, l'avant-bras et la main étendus sur la cuisse. Si le tremblement ne se montre pas ou fort peu à l'état de repos, il n'en est pas de même à l'état de contraction musculaire. Lorsque nous faisons étendre les bras à Lucien G. . , dans la position du serment, nous obtenons avec notre appareil, le graphique ci-dessus.

Dans ce graphique, nous avons enregistré des oscillations de faible amplitude correspondant au tremblement et des oscillations d'une amplitude double, triple et même quadruple, répondant aux déplacements en masse du membre supérieur, ou mieux à des mouvements ataxiques ; *ces mouvements ataxiques deviennent d'autant plus fréquents que l'acte dure depuis plus longtemps*. Pendant les périodes de tremblement, la main et le bras, la main principalement, sont le siège de vibrations verticales, inégales et rapides à 7 à la seconde, se produisant dans le sens vertical. Toutefois, la main n'exécute pas des mouvements de flexion sur l'avant-bras comme dans l'observation I par exemple. Les mouvements ataxiques sont moins accusés que dans

l'observation précédente, le malade arrive encore facilement à porter un verre à sa bouche sans en renverser le contenu et sans le choquer contre ses arcades dentaires. Dans cette position du serment, lorsque l'effort musculaire se prolonge suffisamment, le tremblement se trouve peu à peu remplacé par des mouvements saccadés, choréiformes. Un phénomène analogue se produit, lorsque le malade, l'avant-bras et le bord cubital de la main reposant sur une table, saisit le style d'un tambour de Marey, entre le pouce et l'index. Au moment où le malade saisit le style, la main et l'avant-bras sont le siège d'un tremblement régulier dont l'amplitude va tout d'abord en décroissant, pour rester ensuite stationnaire pendant quelques oscillations ; de temps à autres, ces périodes où l'amplitude reste égale, sont brusquement interrompues par de véritables décharges musculaires. L'effort musculaire se prolongeant, aux *décharges musculaires* succèdent de *véritables spasmes musculaires* de la main et de l'avant-bras, immobilisant ce segment de membre. La langue sortie hors de la bouche tremble, mais par moment seulement ; elle est alors agitée de vibrations antéro-postérieures et de mouvements de projections se produisant sous forme de décharges. Ces oscillations de la langue au nombre de 6 1/2 par seconde, se produisant toujours dans un même plan. La parole est légèrement tremblée. On ordonne régime lacté et tisanes diurétiques.

Le 4 mai 1894, à sept heures du matin, Lucien G... après avoir présenté pendant toute la nuit une très grande agitation, tombe en résolution ; ses membres sont flasques, le cou ne peut même plus supporter le poids de la tête, il n'existe ni soubresauts de tendon, ni frémissement, ni tremblement : ses réflexes rotuliens sont exagérés, l'hyperesthésie est moins prononcée, les pupilles sont très dilatées, le malade parle difficilement, la température rectale est de 39°, le pouls petit, très dépressible et irrégulier bat à 140°, la langue est sèche, les dents fuligineuses, le corps couvert de sueurs profuses, la conjonctivité plus accentuée, le délire très marqué. Cet état nous paraissant grave, nous envoyons le malade à l'Hôtel-Dieu.

Pendant toute la journée du 4, même état, les urines sont rares et renferment beaucoup d'albumine 0,75 centigrammes par litre ; on entend des râles de congestion en arrière, à la base des deux poumons. Le pouls à 7 heures est de 120 par minute, très dépressible et irrégulier, la température rectale de 39° 4 ; les sueurs sont toujours profuses.

Du 5 au 8 mai, la température et le pouls vont en décroissant, le dé-

lire se calme, les urines plus abondantes et moins chargées en albumines.

Du 8 au 13, la température oscille autour de 37°, le cœur bat régulièrement, le pouls est plein, normal la conjonctivite s'améliore, il n'y a plus qu'un léger nuage d'albumine, quelques rêvasseries encore la nuit, le malade très calme cause parfaitement, les pupilles sont normales, il n'y a plus d'hyperesthésie. Le malade ne se rappelle pas ce qui s'est passé depuis le jour où il a quitté son café.

Le 14 mai, il sort complètement guéri.

Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade tremblait si peu que l'on n'avait même pas noté de tremblement. Cependant à sa sortie, nous avons remarqué qu'en faisant étendre le bras dans la position du serment, on arrivait à déceler une légère vibration à l'extrémité des doigts ; ces vibrations étaient plus appréciables au toucher qu'à la vue...

Le tremblement de Lucien G..., bien que moins accentué que les troubles psychiques, est cependant un symptôme clinique important. Par son mode d'existence, ce tremblement est intimement lié à la contraction musculaire ; pas de contraction musculaire, pas de tremblement, donc rien au repos. Ce tremblement peu intense, de rythme régulier, à 7 oscillations par seconde, d'amplitude très irrégulière, est pour ainsi dire le premier signe par lequel se traduisent dans l'effort les troubles musculaires. En effet, si l'effort se prolonge suffisamment, nous voyons se succéder quatre phases distinctes.

Une première phase où le tremblement existe seul.

Une deuxième phase où le tremblement est mélangé à des mouvements saccadés et choréiformes du membre.

Une troisième phase où il n'existe que des mouvements choréiformes, ataxiques en un mot.

Une quatrième phase terminale où le membre est immobilisé en contracture.

Dans cette observation, comme dans l'observation précédente (Obs. V.), nous relevons un fait clinique qui au point de vue

pathogénique a son importance : la disparition brusque et complète du tremblement au moment où le malade tombe en résolution musculaire. Cette disparition brusque du tremblement dans ce cas coïncide toujours avec une activité plus grande du délire et une augmentation de la température.

CHAPITRE III

Caractères du tremblement dans l'alcoolisme aigu et subaigu. Etude des autres troubles moteurs.

SOMMAIRE. — 1° *Siège du tremblement.* — 2° *Intensité du tremblement :* suivant le moment de l'accès, suivant l'heure de la journée, suivant les toxiques, suivant le siège (observation d'un cas de tremblement à forme hémiplégique), suivant l'individu. — 3° *Mode de production du tremblement :* au repos ; pendant l'effort musculaire ; étude de l'écriture ; loi de l'intensité ; direction des oscillations ; frémissements musculaires, leur plus grande fréquence dans l'intoxication par les essences (absinthe et Picon). — 4° *De l'amplitude :* sa grande irrégularité. — 5° *Rythme du tremblement :* six $1/2$ à sept $1/2$ oscillations par seconde ; classification des tremblements. — 6° *Incoordination des mouvements ; secousses et décharges musculaires ; spasmes musculaires :* Etude graphique de la contraction musculaire chez un alcoolisé ; aspect choréiforme du malade ; loi des décharges musculaires, leur plus grande fréquence dans l'intoxication par les essences d'absinthe et par l'amer Picon ; attaques convulsives. — 7° *Evolution des troubles de la mobilité.*

1° Sièges du tremblement. — Dans les formes précédentes, le tremblement se généralise au début de l'accès (observations I, II, IV, V), et occupe alors tous les muscles striés de la face (le grand et le petit zygomatique et l'élévateur du nez...)... (l'orbiculaire des lèvres...), les muscles du cou, le sterno-éludo-mastoïdien principalement, les muscles des membres, du corps, du larynx, du voile du palais et de la langue. Cette *trémulation générale* de l'individu se rencontre dans les quatre sixièmes des cas.

Souvent chez des sujets gras, on serait tenté de croire, après

avoir seulement regardé le malade, que le tremblement est localisé, alors qu'en réalité il est généralisé. Aussi pour éviter toute erreur, on aura recours à la fois à l'inspection et surtout à la palpation. En appliquant la paume de la main et en déprimant un peu le tissu cellulaire sous-cutané, on sentira facilement les secousses et les frémissements produits par les fibres musculaires sous-jacentes. M. le Dr Magnan (1), avant nous, avait déjà montré l'importance de ce petit détail clinique : « Si l'on s'en tient à la simple contemplation de la surface de la peau, on aperçoit, sans doute, les petites saillies et les dépressions, les petites ondes que produisent les contractions inégales et irrégulières des faisceaux musculaires ; mais, en réalité, on ne se rend pas compte de l'intensité d'un travail aussi continu et aussi généralisé ».

Le tremblement peut aussi ne pas se généraliser, mais c'est là la minorité des cas, il peut alors occuper tous les muscles de l'individu, sauf ceux de la tête, de la face et du cou comme dans l'observation VI, ou encore se cantonner à l'extrémité des membres et respecter les autres régions comme dans l'observation III.

D'après le siège, nous avons donc trois types différents de tremblement dans l'alcoolisme aigu et subaigu :

PREMIER TYPE. — Le tremblement est généralisé ;

DEUXIÈME TYPE. — Le tremblement occupe le tronc et les membres.

TROISIÈME TYPE. — Le tremblement est localisé à l'extrémité des membres.

D'après certains auteurs, MM. Magnan et Motet (2) et entre autres, le tremblement pourrait manquer dans certains cas d'intoxication aiguë causée par l'absinthe. Dans ces cas l'essence d'absinthe que contient la liqueur produirait le délire, avant que l'alcool

(1) MAGNAN, *De l'alcoolisme*, page 113.

(2) MOTET, *Considérations générales sur l'alcoolisme et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, 1859, page 18.

ait eu le temps de produire le tremblement ; voici ce que M. Motet dit à ce sujet : « Là, sans doute, se retrouvent tous les caractères généraux du délire alcoolique ; mais, ce qui prête un caractère particulier à l'intoxication par l'absinthe, c'est l'absence totale à cette période (aiguë) de tremblements musculaires ; il semblerait qu'on ait sous les yeux une forme éclosé avant développement complet et dans laquelle la rapidité d'action de la cause eût empêché les phénomènes habituels de se produire ».

L'observation que donne M. Motet à l'appui de son opinion est sans doute des plus démonstratives ; mais, dans les nombreux cas qu'il nous a été permis d'observer à l'infirmerie spéciale, *dès le début de l'accès*, c'est-à-dire dans les meilleures conditions possibles pour vérifier l'assertion de M. Motet, nous n'avons jamais constaté, « l'absence totale, à cette période (aiguë) de tremblements musculaires ». Chez nos absinthiques, au contraire, nous avons toujours rencontré en même temps que le délire et dès le début de l'accès, un tremblement très marqué et offrant même des caractères particuliers ainsi que le prouvent nos observations (I et IV). Nous sommes donc obligé d'en conclure, sans toutefois nier cette forme décrite par MM. Motet et Magnan, que l'intoxication aiguë par l'absinthe, sans tremblements musculaires est pour nous un fait clinique des plus rares.

2° Intensité du tremblement. — De même que les hallucinations et le délire, c'est dans les formes aiguës de l'alcoolisme que le tremblement est le plus marqué ; c'est dans le *delirium tremens* que l'intensité atteint son maximum. Avant et pendant le commencement de l'accès, l'intensité va en augmentant progressivement, pendant la dernière partie de l'accès et après, elle peut ou diminuer peu à peu, jusqu'à disparition complète (obs. I, II, III, IV) ou devenir brusquement nulle, à la suite d'une attaque de paralysie flasque, passagère (obs. V et VI). L'intensité du tremblement ne varie pas seulement suivant l'évolution de l'accès, mais encore suivant le moment de la journée où on l'observe. Dans l'alcoolisme

chronique, comme nous le verrons, *c'est le matin* que le tremblement est le plus marqué, dans l'alcoolisme aigu, *c'est le soir*. Le tremblement, en même temps que les troubles de la sensibilité générale, les hallucinations de la vue, les sueurs, augmente avec le déclin du jour, présente son maximum quelques heures après et persiste avec la même intensité jusqu'à l'aurore où il s'atténue à nouveau. C'est là un fait bien connu du personnel de l'infirmierie spéciale. Tous les centres musculaires ne se montrent pas aussi sensibles à l'action des différents toxiques, ainsi que nous l'ont prouvé nos recherches cliniques, et en particulier les faits relatés dans les observations précédentes.

L'observation I nous montre un buveur d'absinthe avec un tremblement généralisé, qui atteint son maximum d'intensité sur les *muscles de la langue*.

L'observation II nous montre un buveur de picon, avec tremblement et secousses musculaires si marqués au niveau du tronc et des membres que le malade présente par moment *l'aspect d'un choréique*.

L'observation III nous montre un buveur de vin blanc avec tremblement peu intense, *localisé aux membres supérieurs* et respectant par suite, le tronc, la tête, la face et la langue.

L'observation IV nous montre un vieil alcoolique, buveur d'absinthe et d'eau-de-vie, en état de delirium tremens, avec un tremblement généralisé, des plus intenses, mais cependant plus accentué sur tout un côté du corps. Dans cette observation, nous avons déjà fait remarquer que le tremblement de la langue ne s'était montré que pendant l'attaque de delirium tremens fébrile, le tremblement des membres et du corps persistant seul après l'attaque.

Ce fait clinique, comme beaucoup d'autres analogues, semble prouver que dans ce cas, le tremblement de la langue était surtout dû à l'essence d'absinthe, dont l'action plus toxique, se serait surtout fait sentir pendant la durée de l'attaque en se traduisant

par un délire très aigu avec fièvre, des hallucinations de la vue, un tremblement très intense. L'attaque terminée, le malade redevient, en effet, calme, en même temps que le tremblement de la langue et les hallucinations de la vue disparaissent.

L'action toxique de l'alcool persiste encore, se traduisant par des cauchemars la nuit, des crampes dans les mollets et un tremblement fin localisé aux membres. Aussi, dans les cas analogues, le tremblement de la langue nous paraît être un bon signe de l'intoxication aiguë causée par l'essence d'absinthe.

Dans cette même observation IV, un autre fait fort intéressant : la plus grande intensité du tremblement sur tout le côté droit du corps, pendant et après l'attaque. A ce sujet, nous rapporterons ici, l'observation d'un cas de tremblement alcoolique à forme hémiplégique survenu chez un buveur d'absinthe.

OBS. VII (*personnelle*).

Auguste B..., âgé de 50 ans, chaudronnier, est le fils d'un père mort à 72 ans, d'hémorragie cérébrale et d'une mère âgée de 55 ans, assez bien portante. Son père, buveur, sa mère laveuse avait l'habitude de boire la goutte en travaillant.

De ses quatre frères ou sœurs, deux sont morts à 18 ans de maladies aiguës, les autres paraissent bien portants. En somme en dehors des petits excès d'alcoolisme qu'ont pu faire les parents, on retrouve peu de chose dans l'hérédité. Comme antécédents personnels, né à terme, Auguste B... ne se connaît pas de maladie d'enfance et se serait toujours bien porté jusqu'au moment où il se mit à boire. A l'âge de 22 ans, incorporé dans l'infanterie, il fait brusquement des excès alcooliques, buvant en moyenne quatre à cinq absinthes par jour, et y ajoutant parfois, suivant les occasions, de deux à six verres d'eau-de-vie. Pendant ses quatre ans de service, il continue à boire de la sorte. Au sortir du régiment, il persévère dans ses habitudes alcooliques et arrive à prendre des quantités considérables d'absinthe. Pendant le mois qui précède son entrée à l'Infirmierie spéciale, il buvait parfois jusqu'à 18 verres d'absinthe par jour, il buvait en outre de l'eau-de-vie et du vin. Un an après son arrivée au régiment il s'aperçoit qu'il tremblait le matin à jeun et principalement du côté droit. Depuis, le trem-

blement ne l'aurait pas quitté, étant toujours de plus en plus marqué du côté droit. Etant au régiment, il avait en outre des cauchemars la nuit, des pituites le matin, des crampes dans les mollets. Tous ces symptômes d'alcoolisme, ont persisté jusqu'à son entrée à l'infirmerie spéciale.

Notons en outre que depuis sa sortie du régiment, il souffre de gastralgie, et que depuis 3 mois il sent une faiblesse dans le membre inférieur droit, ainsi que dans le bras droit du même côté. A plusieurs reprises différentes, dans ces derniers temps, il a uriné au lit la nuit et s'est mordu la langue.

Le 6 juillet 1894, M. le Dr Paul Garnier porte le diagnostic suivant : « Absinthisme. Dépression mélancolique. Cauchemars, cris nocturnes. Tremblement avec exagération du côté droit (trépidation spéciale de ce côté). Scènes désordonnées à l'hôpital Necker. Nécessité d'une plus longue observation à Ste Anne ».

Le 7 juin 1894, le malade envoyé à la clinique de la Faculté est examiné par le Dr Pactet qui délivre le certificat ci-contre : « Alcoolisme. Obtusion intellectuelle. Dépression mélancolique. Cauchemars. Tremblement du côté droit. Excès d'absinthe ».

6 juillet 1894. — Examen psychique. Le malade est déprimé, urine peu et répond souvent : « je ne sais pas, je ne me souviens pas ». Il prétend qu'il y a des individus qui lui en veulent et qui lui ont fait perdre sa place de vendeur de journaux : mais il ne connaît pas ces individus. Il croit que ce sont eux qui viennent chez lui la nuit, en même temps que des chats, des rats, etc... Ce sont plutôt des cauchemars nocturnes, car jamais il n'avait aperçu ces individus ou ces animaux en plein jour.

Examen physique. Le malade est incapable de rester un instant appuyé sur la jambe droite, tandis qu'il peut le faire sur la jambe gauche. Le reflexe rotulien est très exagéré du côté droit. Il existe également au niveau de ce membre de la trépidation spinale très marquée. La percussion avec le marteau, au niveau du poignet droit, provoque une trépidation du membre tout entier.

Le dynamomètre marque à droite 32 et à gauche 32 ; la main droite n'est donc pas plus forte que la gauche.

La langue est manifestement déviée à droite. La sensibilité est plus marquée sur tout le côté droit, où il existe une légère hyperesthésie.

Les pupilles sont dilatées, égales, contractiles à la lumière, mais un

peu paresseuses à l'accommodation. Battement des carotides. Pas d'arythmies, ni de souffles au niveau des orifices cardiaques.

Le foie est douloureux et dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt. Pas de trouble de la parole.

Tremblement. — Tout le côté droit du corps est animé d'un tremblement très accentué, c'est un tremblement à forme hémiplegique. La tête, cependant, est le siège d'un tremblement égal des deux côtés, plus accentué au niveau des muscles de la face, de l'orbiculaire, des lèvres principalement. Ce tremblement de l'orbiculaire est plus marqué lorsqu'on ordonne au malade d'ouvrir la bouche. La langue ne tremble pas au repos, lorsque le malade la sort de la bouche, elle n'oscille pas dans le plan antéro-postérieur et ne présente pas de décharges musculaires ; mais, si l'on commande au malade de la maintenir un certain temps, dans cette position, on voit apparaître un tremblement fébrile des deux côtés. Le malade étant assis, le tremblement ne se montre que du côté droit ; dans cette position, si on applique la main sur la cuisse ou sur l'épaule du malade, on ressent un léger frémissement plus marqué par instant. Ce tremblement s'exagère, lorsque le malade maintient le membre inférieur ou le membre supérieur en extension. Dans cette position l'intensité augmente de plus en plus, au fur et à mesure que l'effort se prolonge. En outre, par moment, on remarque de véritables décharges musculaires. Les membres supérieur et inférieur gauche soumis à la même expérience, présentent, si l'effort se prolonge suffisamment, un tremblement fin et rapide, localisé à l'extrémité du membre.

Le tremblement du membre supérieur droit augmente encore, si l'on fait serrer au malade un objet quelconque comme le style d'un tambour de Marey, par exemple ; alors, les décharges musculaires deviennent plus nettes, séparées qu'elles sont par des intermittences du tremblement tout comme dans l'observation V. En somme, c'est un tremblement *intentionnel et unilatéral*.

11 juillet. — L'intensité a un peu diminué, mais les autres caractères du tremblement persistent. Son écriture très tremblée présente çà et là des mots ou parties de mots dont les lettres sont régulièrement formées.

Le 21 le malade ne tremble plus au repos, il faut un effort musculaire pour produire le tremblement fin de l'extrémité du membre et du côté droit seulement.

21 octobre. — Les réflexes sont redevenus normaux, on ne constate

plus l'exagération qui était surtout manifeste dans le côté droit au moment de l'entrée du malade. Le tremblement à forme hémiplegique offre toujours les mêmes caractères que précédemment. La langue déviée à droite, présente, sortie de la bouche, un léger tremblement fébrillaires. Pas de trouble de la sensibilité. Pas d'embarras de la parole. L'écriture est moins tremblée qu'auparavant. Rien au cœur, le battement des carotides persiste. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière, l'œil gauche est le siège d'un strabisme interne léger. La force musculaire est redevenue normale, la main droite marque 40 à l'échelle de pression et la gauche 36. Le foie dépasse toujours légèrement les fausses côtes. L'état psychique d'Auguste B... est celui d'un alcoolique chronique, avec idées de persécution systématisée. En outre, des cauchemars fréquents, il s'excite, crie : « au voleur ! à l'assassin ! » et entend des voix qui lui disent des choses désagréables.

26 février 1895. — Le malade est toujours dans le même état, s'excitant par intervalle. Hier, après-midi, il a recommencé à s'exciter, proférant des injures contre « des femmes de la Salpêtrière, qui lui feraient des misères »... Néanmoins il a conscience de son état, puis qu'il demandait du chloral au gardien.

5 mars 1895. — Même état psychique. L'obtusion intellectuelle et les hallucinations persistent. Il entend des voix de femmes qui lui disent : « va au cabinet, déshabille-toi, montre ton cuir, branle-toi » ; à force d'entendre ces voix, il finit par éprouver le besoin de se déshabiller pour se masturber. Pas d'embarras de la parole. Les pupilles sont normales. Pas d'embarras, pas de trouble de la sensibilité. Les réflexes pharyngiens sont conservés. Le réflexe rotulien droit est conservé, tandis que le gauche est aboli. La force musculaire est normale, la main droite marque 39 au dynamomètre et la gauche 34. La langue est déviée à droite. Si l'on fait ouvrir la bouche au malade et tirer la langue, on remarque que cet organe et l'orbiculaire des lèvres, sont alors le siège d'un tremblement fébrillaires. Il n'existe pas de tremblement du côté gauche, pas même dans l'effort. Le membre supérieur droit présente un tremblement fin et rapide, localisé à l'extrémité des doigts, lorsqu'on fait étendre la main dans la position du serment ; c'est un tremblement à 7 oscillations, nettement vertical. La jambe droite ne tremble pas au repos ; mais, si le malade, étant assis, on lui ordonne d'étendre la jambe, aussitôt tout le membre inférieur est le siège d'un tremblement fin et rapide à 7 oscillations par seconde. Son écriture n'est plus tremblée.

Ce que nous devons retenir de cette observation, c'est que Auguste B... est un vieil alcoolique, chronique, qui, à un moment donné, à la suite d'excès d'absinthe plus considérables, fait une poussée d'alcoolisme subaigu, avec troubles moteurs, sinon localisés, du moins très marqués sur un seul côté du corps, le côté droit. Ce type de tremblement alcoolique, à forme hémiplégique est le seul que nous ayons observé jusqu'à ce jour et n'est anormal que par son siège. Cette anomalie aurait pu, tout d'abord, nous faire songer à un tremblement hystérique ; mais, l'examen de la sensibilité du champ visuel, des réflexes et des autres symptômes de l'hystérie, nous ayant toujours donné un résultat négatif nous n'avons pu que persévérer dans notre diagnostic de *tremblement alcoolique à type hémiplégique*.

Dans cette observation ainsi que dans les observations I, II, III et IV, nous avons vu aussi que l'intensité du tremblement variait avec le siège et la cause du tremblement ; il en est de même dans les observations V et VI.

Le malade de l'observation V, est un buveur de picon, d'absinthe surtout, dont le tremblement généralisé au début de l'attaque s'est toujours montré avec une intensité plus grande à la partie supérieure du corps, à la langue principalement.

Le malade de l'observation VI, boit un peu de tout, mais plus particulièrement du vin ; aussi chez lui comme chez tous les intoxiqués par le vin et l'eau-de-vie (obs. III), c'est au niveau des membres supérieurs qu'il faut rechercher la plus grande intensité du tremblement, et dans ces cas, la langue et la face sont toujours respectées.

Ainsi que l'a fort bien observé M. Magnan (1), il n'y a aucun rapport entre l'intensité du tremblement et l'attaque épileptiforme : « Quelque soit le moment de l'apparition de l'attaque, le tremblement reste après ce qu'il était avant ».

(1) MAGNAN, *De l'alcoolisme*, p. 81.

Donc pas de corrélations entre l'attaque et le degré du tremblement.

L'intensité du tremblement varie aussi, suivant le sujet ; c'est encore là, si on peut s'exprimer ainsi, une affaire de terrain, de *minus resistantiæ* soit congénitale, soit acquise. Et sans cela ! comment expliquer qu'à tel individu, l'alcool agira sur la glande hépatique, tandis que chez tel autre, ce sera sur la masse cérébro-spinale que cette action se fera sentir. Enfin, ainsi que nous allons le voir dans le paragraphe suivant, le degré du tremblement dépend surtout de son mode de production.

3° Mode de production du tremblement. — Dans l'alcoolisme aigu et subaigu, le tremblement se montre généralement au repos dans les cinq dixièmes des cas. Le plus souvent quand le tremblement existe au repos, il y affecte le *type continu* (obs. I, II, III, IV) ; quelquefois cependant, il peut affecter le *type intermittent*, comme dans l'observation V où nous avons vu des périodes de repos absolu succéder à des reprises brusques du tremblement, à de véritables décharges musculaires. Que le tremblement soit à type continu ou à type intermittent, l'intensité, ainsi que nous l'avons déjà dit, est toujours plus marquée le soir ; à ce sujet, nous ferons observer que certains malades ne tremblent au repos qu'à la tombée de la nuit, alors qu'augmentent chez eux les autres symptômes d'intoxication. Les intoxiqués par les essences d'absinthe, l'amer picon, *tremblent toujours au repos* (obs. I, II, IV, V), tandis, que les buveurs de vin, d'eau-de-vie ne tremblent pas au repos (obs. VI), ou, si le tremblement existe (obs. III), c'est un tremblement localisé à l'extrémité des membres supérieurs et nullement en rapport avec l'acuité du délire.

Les mouvements volontaires, comme par exemple, l'acte d'étendre le bras ou la jambe, de saisir ou de serrer un objet, de porter un objet à la bouche, *toutes les contractions musculaires volontaires en un mot, font apparaître le tremblement*, ou, s'il existait déjà, en augmentent l'intensité. Toutefois le tremblement

n'apparaîtra ou n'augmentera d'intensité que dans les régions du corps où les efforts musculaires se seront produits.

Une contraction musculaire toujours égale ne donne pas naissance pendant toute sa durée aux mêmes troubles musculaires ; la plus grande intensité du tremblement, se montre en effet au début de l'acte, de la contraction musculaire, pour diminuer quelques secondes après et augmenter ensuite proportionnellement à la *durée* de la contraction. C'est là ce que nous apprennent toutes nos observations précédentes ; dans l'acte de saisir le stylet d'un tambour de Marey par exemple, l'étude graphique nous permet de reconnaître des oscillations plus étendues au moment où le malade saisit le stylet, puis, le tremblement redevient moins intense, pour augmenter ensuite, *graduellement*, si l'effort produit reste toujours le même, ou *brusquement et proportionnellement* chaque fois qu'on ordonne au malade de serrer davantage le stylet (obs. II et III). C'est également ce qui se produit dans l'acte d'écrire et dans le geste de saisir et porter un verre à la bouche. Les lettres les plus tremblées dans l'écriture, en effet, sont toujours celles qui commencent les mots, et si le mot est assez long celles qui finissent. C'est également au moment où le malade saisit son verre que les troubles musculaires momentanément plus marqués se traduisent par une série d'oscillations irrégulières et de grande amplitude ; à ce point de vue les troubles moteurs ressemblent un peu à ceux de la sclérose en plaques. Le tremblement de l'alcoolisme aigu et subaigu se rencontrant généralement au repos, mais pouvant être produit ou du moins *toujours augmenté par la contraction musculaire volontaire*, il en résulte que, par son mode de production, ce tremblement de l'alcoolisme aigu et subaigu est un *tremblement mixte* tenant à la fois du tremblement à type intentionnel (sclérose en plaques) et du tremblement à type passif, ne se produisant qu'au repos (paralysie agitante). De tout ce qui précède

nous devons surtout retenir que dans l'alcoolisme aigu ou subaigu le tremblement obéit toujours à la loi suivante :

LOI D'INTENSITÉ. — *Dans l'alcoolisme aigu ou subaigu l'intensité du tremblement, toujours plus grande pendant les contractions musculaires volontaires, toujours plus forte au commencement de l'exécution du mouvement volontaire, est toujours directement proportionnelle à l'effort fourni et augmenté en outre proportionnellement à la durée de cet effort.*

La direction des oscillations affecte toujours, pour les membres, le type vertical, c'est là un des signes pathognomoniques du tremblement alcoolique.

Quand on fait étendre au malade, les bras dans la position du serment, le tremblement se généralise à tout le membre (obs. I, II, III, IV, V, VI) ; et l'on peut alors observer plusieurs degrés dans l'intensité du tremblement.

A un premier degré (obs. IV et VI), le tremblement occupe tout le membre supérieur ; il suffit pour s'en rendre compte de regarder au jour frisant le bord inférieur du membre, on constate alors que le membre supérieur en entier est le siège de vibrations verticales, d'amplitude inégale et d'autant plus marquées que l'on se rapproche de l'extrémité des doigts. A ce degré le tremblement ne paraît pas plus accentué suivant la flexion que suivant l'extension.

A un deuxième degré (obs. II, III, IV), il existe deux sortes d'oscillations s'exécutant dans un même plan vertical ; un premier groupe d'oscillations répondant au tremblement du membre dans sa totalité, comme précédemment ; un deuxième groupe d'oscillations dans lequel chaque oscillation répond à un léger mouvement de flexion des deux premières phalanges sur la troisième, auquel s'ajoute parfois un léger mouvement de flexion de la main sur l'avant-bras. Dans ce cas, il y a prédominance des troubles musculaires suivant la flexion.

Jusqu'ici nous avons surtout étudié le tremblement des membres sans nous occuper particulièrement de ce tremblement ou plutôt de *ce frémissement musculaire* dont le tronc tout entier devient le siège dans l'alcoolisme aigu ou subaigu. Ce frémissement ne se rencontre pas dans tous les cas, toujours constant dans l'intoxication aiguë par l'absinthe et l'amer picon (obs. I, II, IV, V), il est exceptionnel chez les buveurs de vin ou d'eau-de-vie (obs. III et VI). Quand il existe, il se montre au repos et se traduit alors par une trémulation généralisée de l'individu, il n'y a pas un point du corps où l'on ne sente, en appliquant la main, un frémissement plus ou moins intense. A la vue, ce frémissement se traduit par des ondulations de la surface du corps ; ces ondulations correspondent physiologiquement à des contractions musculaires superficielles ou profondes de rythme rapide $6 \frac{1}{2}$ à $7 \frac{1}{2}$ par seconde et surtout visibles au niveau des pectoraux, des grands droits, du grand dorsal, du deltoïde... Les muscles du cou et de la face ne sont généralement pas épargnés ; les sterno-scléido-mastoïdiens par leurs contractions répétées font que la tête exécute de légers mouvements de flexions sur le cou ; la mâchoire inférieure exécute des séries de mouvements rapides d'abaissement et d'élévation, par suite des contractions répétées des masseters et des temporaux ; l'orbiculaire des lèvres est parfois le siège d'un tremblement fibrillaire apparaissant surtout à la suite de contractions volontaires de l'orbiculaire ou de mouvements de la mâchoire inférieure, etc... Pour mieux comprendre encore ce frémissement musculaire, nous renvoyons le lecteur à l'observation II, où nous l'avons étudié par la méthode graphique.

4° **De l'amplitude.** — Dans l'alcoolisme aigu ou subaigu, l'amplitude varie non seulement suivant le siège, l'intensité et le mode de production du tremblement, mais encore et c'est là un point fort intéressant avec chaque oscillation. Cette grande irrégularité dans l'amplitude des oscillations est un signe pathognomonique de l'intoxication aiguë et peut à lui seul servir de signe

distinctif entre l'alcoolisme aigu ou subaigu et l'alcoolisme chronique.

5° **Rythme du tremblement.** — Le rythme du tremblement qui nous occupe est toujours égal ; c'est un rythme régulier quelque soit le siège, l'intensité, le mode de production du tremblement, ou le mode d'intoxication. Tous les tracés précédents nous permettent de compter de 6 oscillations $1/2$ à 7 oscillations $1/2$ par seconde ; c'est donc là un tremblement à rythme assez rapide, mais qui cependant ne saurait être classé parmi les tremblements vibratoires (1). Nous n'avons pas compris comment Peterson (2) est arrivé à pouvoir dire que la vitesse du tremblement dans l'alcoolisme chronique était de 8 oscillations $5/10$ à 11 oscillations $2/10$ par seconde, tandis que dans le delirium tremens, elle était plus lente et variait de 5 oscillations $6/10$ à 6 oscillations $8/10$. D'après nos recherches personnelles, le temps étant compté au moyen du métronome enregistrant de Ch. Verdin, nous avons toujours trouvé que le rythme restait le même que l'on ait à faire à l'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique, et variait toujours entre 6 $1/2$ à 7 $1/2$. Aussi nous ne reviendrons pas sur l'étude du rythme dans l'alcoolisme chronique et dès à présent nous allons fixer la place que doit, d'après son rythme occuper le tremblement alcoolique en général dans la classification des tremblements.

Classification des tremblements.

8 à 9 oscillations par seconde.	{	Maladie de Basedow.	{	exagéré par les mouvements volontaires. persistant au repos.
		Tremblement vibratoire		
		hystérique (Dutil).		
		Tremblement par le café.		

(1) DUTIL, Thèse de Paris 1891, page 9.

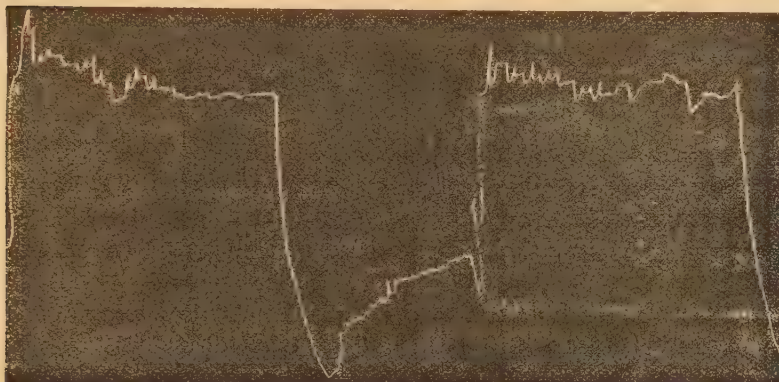
(2) PETERSON, *The Journal of nervous and mental diseases*, 1889.

5 1/2 à 8 oscillations par seconde.	Tremblement alcoolique (aigu, subaigu et chronique, 6 1/2, 7 1/2).	exagéré par les mouvements volontaires. existant ou non au repos.
	Paralysie générale (6, 7 et quelquefois 8).	
	Sclérose en plaques.	
	Tremblements mercuriels.	
	Tremblements hystériques de rythme moyen (Dutil.)	remettent intentionnel (type Rendu).
		à forme paraplégique (localisé aux membres inférieurs).
		intentionnel pur (apparaissant à l'occasion des mouvements).
4 à 5 1/2 oscillations par seconde.	Tremblement hystérique lent (Dutil).	généralement pas modifié par les mouvements volontaires. existe au repos.
	Paralysie agitante.	
	Tremblement sénile.	
	Tremblement héréditaire.	

6° Incoordination des mouvements. — Secousses et décharges musculaires. — Spasmes musculaires. — Jusqu'ici nous nous sommes longuement occupés du tremblement, qui tout en étant un des signes les plus importants et les plus fréquents, n'est pas le seul trouble moteur que l'on puisse rencontrer dans l'alcoolisme aigu ou subaigu.

Avant de passer à l'incoordination des mouvements, c'est-à-dire aux troubles de la motilité reconnaissant pour cause la perturbation dans l'état de contraction des différents muscles d'un membre, il est intéressant de savoir comment se comporte physiologiquement le muscle d'un alcoolisé dans les états de contraction ou de repos. Le graphique ci-joint représente à cet effet deux contractions musculaires d'un alcoolique subaigu. Le micrographe a été appliqué sur la masse des fléchisseurs et nous avons enregistré la contraction musculaire chaque fois que le malade fermait la main. Si nous comparons alors ces deux contractions à des con-

tractions normales dans lesquelles la ligne l'ascension (passage du repos à l'état de contraction), le plateau (état de contraction), la ligne de descente (passage d'état de contraction au repos), sont des lignes absolument droites non tremblées, nous remarquons qu'ici au contraire, notre plateau est irrégulier, très tremblé ; en



outre, le plateau est plus tremblé au commencement qu'à la fin de la contraction, ce qui nous prouve facilement que le muscle au début de sa contraction est comme affolé et que pendant un instant il a oscillé autour d'un certain état de contraction qu'il finit cependant par atteindre (dernière portion du plateau). Si on prolongeait suffisamment l'état de contraction, nous obtiendrions sur notre plateau trois parties distinctes, le premier et le dernier tiers tremblé, le second à peu près droit. Cette expérience graphique vient à l'appui de ce que nous avons avancé dans notre loi sur l'intensité et sur ce que nous avancerons dans un instant au sujet des décharges musculaires.

Notre graphique ci-dessus nous montre en outre que les muscles fléchisseurs ne sont jamais à l'état de repos absolu, car la partie du tracé correspondant à l'état de repos est finement tremblée.

De ce trouble du tonus musculaire dépend *le tremblement et l'incoordination des mouvements*. Cette incoordination se traduit tantôt par *des secousses musculaires isolées*, des soubresauts tendineux des bras, des jambes, des muscles du cou, donnant parfois au malade la *démarche du choréique* (obs. II), tantôt par des séries de secousses musculaires qui modifient tout à coup le cours du tracé et auxquelles nous proposons le nom de *décharges musculaires*, à l'exemple du phénomène clinique analogue étudié par M. Chambard (1) dans la paralysie générale. Ces décharges musculaires peuvent se rencontrer à l'état de repos absolu comme dans l'observation V, où nous les voyons se composer de 7 à 15 oscillations plus fortes succédant à des oscillations d'amplitude moindre, soit à des périodes de repos ; mais, c'est principalement pendant les contractions musculaires, les mouvements volontaires, qu'on les voit augmenter de fréquence et d'intensité (obs. I, II, IV, V) ; à ce sujet nous poserons la loi suivante :

Les décharges musculaires sont proportionnelles en fréquence et en intensité à l'effort fourni.

C'est là un fait constant que l'on peut facilement vérifier en faisant tenir au malade, comme nous l'avons fait, le style d'un tambour de Marey entre le pouce et l'index, l'avant-bras appuyé et la main reposant sur son bord cubital ; on remarque alors que les décharges sont de plus en plus fréquentes au fur et à mesure que l'expérience se prolonge et qu'on peut les provoquer en ordonnant au malade de serrer davantage le style.

Dans l'intoxication aiguë, *la langue elle aussi nous présente ces mêmes décharges musculaires*, elle exécute alors des séries successives de mouvements antéro-postérieurs (mouvements de trombone) qui se montrent lorsque l'on fait tirer la langue au malade ; on voit alors sur le graphique, comme dans l'observa-

(1) CHAMBARD, Tremblement et ataxie des paralytiques généraux. *Revue scientifique*, 15 janv. 1881, n° 3.....

tion I par exemple, de 10 à 12 grandes oscillations succéder à quatre, cinq ou six oscillations plus faibles et ainsi de suite.

Les décharges musculaires compliquent en quelque sorte le tremblement, se montrant toujours après son apparition et n'existant jamais sans lui. Elles constituent un degré plus élevé dans la série des troubles moteurs, dont le début est marqué par le tremblement chez certains malades, la contraction musculaire fait parfois apparaître successivement ces différents troubles moteurs dont le degré le plus élevé paraît être le spasme musculaire. Notre observation VI nous en donne un exemple frappant : Ce malade tenant, comme précédemment, le style d'un tambour de Marey, nous voyons qu'à un tremblement régulier succèdent bientôt des décharges musculaires qui elles-mêmes ne tardent pas à être remplacées par un véritable spasme des muscles de la main et de l'avant-bras, immobilisant en quelque sorte ce segment de membre en contracture.

Cette incoordination des mouvements, cette ataxie produite par les secousses et les décharges musculaires se rencontrent surtout chez les intoxiqués par les essences d'absinthe, de Piccon, (obs. I, II, IV, V), c'est dans cette catégorie d'intoxiqués que les troubles moteurs sont les plus accentués. Ceux-ci ressemblent de très près à ceux créés expérimentalement par M. Magnan chez des chiens ; voici comment il s'exprime à ce sujet : « Lorsque de faibles doses d'essence d'absinthe ont été absorbées, on voit, après un frémissement musculaire plus ou moins marqué, de petites secousses brusques, saccadées, semblables à des décharges électriques, se répéter une ou plusieurs fois dans les muscles du cou, et donner lieu à des mouvements rapides et très limités de la tête, qui se porte en haut et en arrière ; les contractions gagnent successivement les muscles des jambes, du dos, et provoquent alors des secousses brusques soulevant sur place et par saccades la partie antérieure du corps ; l'animal

se blottit, se ramasse sur lui-même, et semble résister de toutes ses forces contre ces puissantes décharges (1).

DE L'ATTAQUE CONVULSIVE. — Pour compléter notre étude sur les troubles moteurs, nous devons encore mentionner un symptôme que nous n'avons pas rencontré dans nos observations précédentes, mais qui n'en garde pas moins son importance clinique : nous voulons parler de l'attaque convulsive. Cette attaque convulsive, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre historique, avait déjà été décrite par Roesch (1838), par Grisolle (1855), par Marcès (1862), par Lagarosse (1864), par Chaland (1871) ; MM. Magnan et Lancereaux, en reprenant son étude, en ont définitivement arrêté les caractères cliniques. Aussi renvoyons-nous à ce sujet le lecteur aux travaux de ces deux maîtres (2).

Nous avons écarté de notre travail toutes les observations d'absinthiques présentant des attaques, voulant surtout faire ressortir que dans la grande intoxication par l'essence d'absinthe, l'attaque convulsive n'est pas un symptôme constant et que l'on ne doit pas prendre au mot cette phrase déjà citée de M. Magnan : « point d'attaques, pas d'absinthe » (3), qu'il nous suffise ici de rappeler quelques passages du livre de M. Magnan ayant trait à cette attaque (4) :

« L'attaque d'épilepsie n'est point comme beaucoup de médecins le pensent, la plus haute expression des troubles de la motilité chez les alcooliques, ce n'est pas le degré le plus élevé de cette trémulation générale que l'on trouve dans le *delirium tremens*, c'est un accident d'un autre ordre qui se surajoute aux autres phénomènes moteurs. Il suffit, pour s'en convaincre, de remarquer les circonstances au milieu desquelles les attaques se pro-

(1) MAGNAN, p. 25.

(2) MAGNAN, *De l'alcoolisme*, p. 81.

(3) MAGNAN, p. 80.

(4) LANCEREUX, *Loco citato*.

duisent ; tantôt, elles surprennent les malades au début, tantôt au déclin de l'accès de délire alcoolique, quand le tremblement est peu accusé ; d'autres fois, au contraire, elles se montrent au milieu de l'accès, quand le tremblement est à son apogée ; mais, quelque soit le moment de l'apparition de l'attaque, le tremblement reste, après elle, ce qu'il était avant.... Donc, pas de corrélation entre l'attaque et le degré du tremblement.... »

7° Evolution des troubles de la motilité. — Les secousses musculaires, les décharges musculaires, l'incoordination des mouvements, symptômes fréquents surtout dans l'intoxication aiguë ou subaiguë par l'absinthe et l'amer picon, n'apparaissent que lorsque le corps du malade présente à la main qui l'explore un frémissement généralisé. Ces signes, d'un degré plus élevé dans l'échelle des troubles moteurs, se montrent en même temps qu'une plus grande acuité dans le délire, des sueurs profuses,... etc..., et doivent être considérés comme des indices pronostiques sérieux, pouvant entraîner la terminaison fatale, s'ils se prolongeaient au delà d'un septennaire. Généralement, dans les cas favorables, la durée de ces troubles moteurs varie de un à quatre jours. Le tremblement redevient après, ce qu'il était avant leur apparition. Le frémissement généralisé de l'individu disparaît alors ; un tremblement moins intense et localisé aux membres supérieurs principalement, persiste encore pendant un ou deux septennaires, quelquefois moins, pour disparaître ensuite complètement, ou redevenir ce qu'il était avant l'attaque d'alcoolisme aigu ou subaigu, un tremblement fin, assez rapide, intentionnel, localisé aux extrémités, accompagné de crampes, de cauchemars, caractéristique en un mot de l'alcoolisme chronique. Parfois, au cours d'une attaque de *delirium tremens*, secousses musculaires, décharges musculaires, incoordination des mouvements et tremblements généralisés disparaissent brusquement au plus fort de l'accès pour faire place à une phase de résolution musculaire complète, véritable paralysie flasque, passagère (obs. V et VI), indice

d'un épuisement nerveux considérable, capable d'entraîner la terminaison fatale. Il est important de remarquer dans ce cas que cette cessation brusque des troubles de la motilité, s'accompagne toujours d'une recrudescence de la fièvre du, délire et d'albumine dans les urines. L'attaque de delirium fébrile terminée, on voit renaître un tremblement fin, intentionnel localisé aux extrémités, pouvant durer quelques jours ou persister, dans ce cas nous avons sous les yeux le tremblement de l'alcoolisme chronique. Les « *mouvements de trombone* » de la langue, c'est-à-dire les décharges musculaires de cet organe, ne se montrent eux aussi qu'au cours des accès aigus ou subaigus, principalement dans l'intoxication par l'absinthe ; ils peuvent même n'apparaître, indépendamment des autres troubles de la motilité, que pendant l'attaque de delirium tremens (obs. IV). La durée de ces décharges est souvent très courte, plus courte même que celle des secousses et des décharges musculaires des membres. Leur terminaison peut être brusque, coïncidant avec la fin d'une attaque de délirium fébrile ou avec une attaque de paralysie flasque passagère ; enfin elle peut encore s'effectuer graduellement, suivant alors la marche des secousses et des décharges musculaires des membres. Les « *mouvements de trombone* » disparus, le tremblement fibrillaire de la langue, des bords principalement, existe encore, mais avec une intensité moindre ; il peut alors, ou disparaître graduellement, avant le tremblement des membres, ou persister en ressemblant beaucoup au tremblement fibrillaire de la paralysie générale dont il est quelquefois le signe avant-coureur.

Quant au tremblement des muscles de la face, il peut aussi, ou disparaître brusquement en même temps que le frémissement ou peu à peu, persistant alors plus longtemps sur les zygomatiques et l'orbiculaire des lèvres. Si l'accès d'alcoolisme aigu ou subaigu est survenu chez un alcoolique chronique avec tremblement des lèvres, de la langue et des membres, dans ce cas le tremblement des lèvres comme celui des autres parties de l'indi-

vidu, reprend les caractères qu'il avait avant l'accès, à cela près que, le tremblement peut présenter cependant une plus grande intensité. Ce que l'on pourrait traduire cliniquement par une augmentation des lésions du système nerveux moteur.

Tout ce que nous venons de dire peut aussi s'appliquer aux désordres moteurs de l'appareil vocal dont le tremblement si marqué quelquefois, se traduit par des troubles dans l'articulation des mots.

CHAPITRE IV

Observations d'alcoolisme chronique. — Etude du tremblement.

OBS. VIII (Recueillie par les soins de notre maître, M. le Dr BALLET). — *Alcoolisme chronique. — Vingt-deux internements en sept ans. — Accès d'ivresse, d'épilepsie, de délire alcoolique, d'alcoolisme chronique. — Affaiblissement de la mémoire. — Tremblement des doigts et de la main, de la langue. — Mode spécial de production du tremblement, son intensité, son rythme, son amplitude. — Pas de troubles moteurs entraînant l'incoordination des mouvements.*

Charles Gu..., âgé de 39 ans, est le fils d'un père qui était peut-être buveur et d'une mère ayant présenté des névralgies pendant longtemps. Sur vingt frères ou sœurs, dont sept filles et treize garçons, sept seulement seraient survivants et bien portants ; le malade ne sait de quoi sont morts les treize autres. Du côté paternel on retrouve encore un cousin germain mort à l'asile d'Armentière.

Charles Gu..., a eu neuf enfants, dont deux sont morts de convulsions ; des sept vivants un garçon de dix-neuf ans atteint de coxalgie, quant aux autres ils seraient tous bien portants, pas d'arriérés, pas de convulsifs.

Né dans le département du Nord en 1854, Charles Gu... a eu la gourme étant enfant, et a fréquenté l'école juste assez pour savoir signer son nom. A quatorze ans, fièvre typhoïde, au cours de laquelle il aurait eu un violent délire. Il aurait été six semaines aveugle après cette maladie.

Notre malade n'a commencé à boire qu'à 18 ans. Dès cette époque il s'est enivré plusieurs fois. Il lui en fallait beaucoup pour l'enivrer : il résistait bien à l'alcool.

De 20 à 23 ans, il fait son service militaire, il ne buvait pas ; il était ordonnance d'un capitaine.

De 23 à 31 ans, il reste à Dunkerque où il tenait avec sa femme un

débit de marchand de vins ; notons en passant qu'il s'était marié à 18 ans. Dans son commerce il buvait du *vin* avec ses clients ; ce qui lui rendait de temps en temps la tête un peu lourde, il allait alors se coucher et tout était dit.

A 31 ans, il vient à Paris comme ouvrier à tout faire, ses affaires n'ayant pas réussi à Dunkerque et se met à boire *de tout, vin, rhum, absinthe* etc.... « il n'y a que le marc et le vulnérable qu'il ne buvait pas ».

A 32 ans, le 16 août 1886, première entrée dans les asiles de la Seine pour délire alcoolique ; notre maître M. le D^r Paul Garnier lui avait délivré le certificat suivant : « Délire alcoolique. Hallucination de la vue. Terreurs. Il s'attribue des crimes imaginaires. S'est rendu cette nuit au poste de police en déclarant qu'il venait de tuer sa femme et qu'il allait se jeter à la Seine. Tremblement. Insomnie, sueurs profuses. »

Du 10 août 1886 au 10 avril 1893, il fait 22 *entrées* dans les asiles pour alcoolisme. Dans les nombreux certificats qui lui ont été délivrés au cours de ces internements répétés nous trouvons toujours mentionné le *tremblement des doigts ou des mains*. Pendant ce laps de temps, il aurait eu de 20 à 25 crises d'épilepsie, la première il y a trois ans en 1890, la dernière il y a quatre ou cinq mois ; ces crises sont survenues tantôt pendant l'ivresse, tantôt en dehors. En outre de ces crises d'épilepsie, il a présenté au cours de cette période de sept ans, des accès d'ivresse, de délire alcoolique, d'alcoolisme chronique.

Accès d'ivresse. — Quand Charles Gu... boit un peu plus que d'habitude (vin, alcool ou absinthe), il voit « un voile blanc se dérouler devant ses yeux, ensuite, il se produit une sorte d'explosion, comme un coup de canon, puis un voile rouge passe devant ses yeux et le souvenir disparaît alors ». Ces phénomènes prémonitoires dureront une bonne heure. Il se réveille le lendemain à l'infirmerie spéciale, ne se rappelant de rien. Il mouche du sang, tremble et accuse de violents maux de tête. Pendant une bonne partie de la journée il voit de petits serpents brillants de 1 mètre de long qui courent devant lui. Dans ces accès d'ivresse il est très violent, et plusieurs hommes, vue la taille et la musculature du malade, en viennent difficilement à bout ; les accès durent 24 heures ; l'ivresse serait plus longue quand il a bu de l'*absinthe pure* que quand il boit *du vin*. Ce serait enfin pendant ces accès d'ivresse qu'il aurait eu des crises d'épilepsie.

Accès d'alcoolisme subaigu. — Dans ces accès le malade présente des hallucinations diverses dont il se rappelle ; il voit des serpents, des chiens noirs, des singes sans poils, des lièvres, des panthères, des

flammes, sa femme morte qui l'appelle... il entend le soir le tic tac de la montre dans la muraille (a même un jour démonté une partie de la muraille pour trouver sa montre) ; il entend, souvent dans la rue comme un sifflet de sergent de ville, sa femme qui lui parle... ; il sent des odeurs désagréables, de pourri et de soufre. Ces hallucinations seraient plus fréquentes quand le malade est dans l'obscurité. Pendant ces accès subaigus, le tremblement est quelquefois généralisé ou n'occupe seulement que les membres et la langue.

Accès d'alcoolisme chronique. Etat actuel (11 avril 1893). — Charles G... est actuellement un beau type d'alcoolique chronique. Entré pour la vingt-deuxième fois, il présente à notre observation des artères dures, sinueuses, des crampes dans les mollets, de l'hyperesthésie plantaire, des pituites se montrant vers minuit, des signes de gastrites alcooliques, de l'affaiblissement de la mémoire (il ne se rappelle plus de la date de son mariage, de l'âge de ses enfants), des hallucinations de l'ouïe principalement.

La sensibilité est normale, les réflexes rotuliens normaux, les pupilles égales, le cœur n'offre pas de bruits anormaux. Charles G... a l'apparence d'un colosse encore bien musclé, mais présentant d'après lui cependant un peu de diminution de sa force musculaire, enfin comme autre symptôme on relate encore le tremblement des *main*s et de la langue.

Tremblement. — Le tremblement est localisé à l'extrémité des membres supérieurs et à la langue.

Le tremblement des membres supérieurs ne se montre pas au repos, et n'apparaît qu'à la suite de contractions musculaires. Mais, si *le matin à jeûn*, le moindre mouvement d'une partie ou de la totalité du membre suffit pour faire naître un tremblement fin, localisé à l'extrémité du membre, aux doigts principalement. Il n'en est pas de même dans le courant de la journée où le tremblement n'apparaît surtout qu'à la suite de contractions musculaires *pénibles* auxquelles les muscles ne semblent pas habitués. C'est pourquoi le malade lui-même nous raconte qu'il ne tremble que le matin à jeûn, heure à laquelle le moindre mouvement suffit pour produire le tremblement, soit qu'il veuille saisir un objet gros ou fin, soit qu'il veuille exécuter tel ou tel mouvement avec ses membres supérieurs. Dans le courant de la journée au contraire l'acte d'écrire, de porter un verre à la bouche par exemple ne produisent point le tremblement et il *faudra augmenter l'effort musculaire* si on veut voir ce dernier apparaître ; c'est là ce que nous avons

essayé de mettre en évidence par l'expérience graphique ci-jointe :

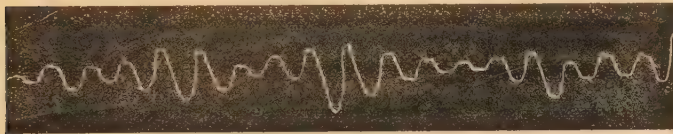
1° Si le membre est maintenu dans la *position de prêter serment*, les *doigts écartés* nous obtenons avec notre appareil le graphique n° 1 composé d'oscillations de faible amplitude, si on les compare à celles de l'alcoolisme aigu ou subaigu. Le graphique nous montre en outre que par moment l'amplitude devient double et triple de ce qu'elle était précédemment, et que les oscillations se succèdent régulièrement au nombre de 7 par seconde. En somme ce graphique est la traduction

(Vitesse moyenne)

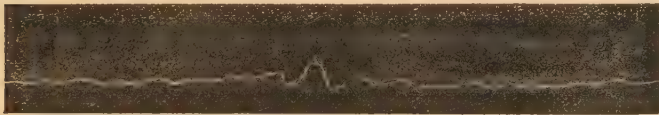


(N° 1). Tremblement des doigts, le membre supérieur étant dans la position du serment, les doigts écartés. Le hameçon de l'appareil a été fixé à l'index.

(Vitesse moyenne)



(N° 2). Tremblement des doigts, le *poignet* seul étant soutenu, le membre étant toujours dans la position du serment et le hameçon fixé à l'index.



(N° 3). Graphique donnant une idée de l'état musculaire, lorsque *tout le membre* repose sur un plan horizontal, le membre étant toujours étendu et le hameçon fixé sur l'index.

d'un tremblement régulier assez rapide de faible intensité (fin), et dont l'amplitude présente par moment de légères exacerbations. Dans cette position le tremblement se localise à la main et aux doigts, à ces derniers principalement ; le bras et l'avant-bras restant immobiles.

2° Le membre supérieur restant dans la même position si nous sou-

tenons avec un support le poignet du malade, aussitôt le tremblement diminue d'intensité en se retirant vers l'extrémité des doigts ; le graphique n° 2 ne se différencie en effet du tracé n° 1 que par une intensité moindre, le rythme étant toujours régulier et égal à 7 oscillations par seconde.

3° Si enfin, le membre supérieur étant toujours dans la même position, nous soutenons l'avant-bras et le poignet, nous n'obtenons plus sur le cylindre qu'une ligne à peine irrégulière (tracé n° 3) ; l'effort musculaire étant aboli en partie expérimentalement, le tremblement disparaît ; et l'acte d'écarter les doigts, ne suffit plus pour produire le tremblement.

Remarquons encore chez Charles Gu..., ce tremblement que l'on pourrait appeler intentionnel, il se compose d'oscillations, se produisant dans le sens vertical.

Pas de troubles de l'écriture ; le malade signe parfaitement son nom, et ne présente pas d'incoordination des mouvements.

Pas de tremblement des membres inférieurs et des muscles de la face.

Sur la langue aucun tremblement lorsqu'elle repose sur le plancher buccal, il faut la faire tirer hors des arcades dentaires pour voir apparaître un tremblement fibrillaire plus marqué sur les bords principalement. Pas de mouvements de trombone (décharges musculaires).

En somme les caractères de tremblement de Charles Gu... peuvent se résumer en ces quelques formules :

1° Ce tremblement est survenu chez un alcoolique chronique invétéré ayant présenté à différentes reprises des accès d'alcoolisme aigu ou subaigu, d'ivresse et d'épilepsie.

2° C'est un tremblement intentionnel pur le matin à jeûn et imparfaitement intentionnel dans le courant de la journée dès que le malade n'est plus à jeûn, en ce sens que toutes les contractions musculaires ne sont pas capables de le faire naître.

3° En outre c'est un tremblement fin, assez rapide, de 7 oscillations par secondes régulière, à type digital le plus souvent.

4° Pour ce qui est du tremblement de la langue, le tremblement fibrillaire seul existe et dans l'extension seulement.

5° Le tremblement localisé à la langue et à l'extrémité des membres supérieurs est enfin le seul trouble moteur de Charles Gu...

OBS. IX (personnelle). — *Alcoolisme chronique. — Internements répétés. — Affaiblissement des facultés intellectuelles. — Désordre dans les idées. — Idées de persécution. — Localisation du tremblement aux membres supérieurs, à la langue et à l'orbiculaire. — Son mode spécial de production, son intensité, son rythme, son amplitude. — Pas de troubles moteurs entraînant l'ataxie des mouvements.*

Edmond C..., âgé de 46 ans, peintre en bâtiment, fils d'un père mort à 50 ans d'un cancer du pylore, non buveur, ni trembleur, et d'une mère morte à 74 ans non trembleuse. De ses trois frères un non trembleur est mort à 46 ans de pneumonie, les deux autres âgés de 60 et 58 ans, sont bien portants, ne boivent pas et ne tremblent pas. Ses trois sœurs âgées de 58, 57 et 51 ans sont bien portantes et ne tremblent pas non plus. On ne retrouve donc rien dans les antécédents de la famille en faveur du tremblement.

Pas de maladie grave dans sa jeunesse. Syphilis à 27 ans. A toujours souffert de la tête depuis cette même époque.

Depuis l'âge de 16 ans travaille comme *peintre de bâtiment* ; il n'a jamais eu de coliques saturnines, mais ses dents sont déchaussées et mauvaises depuis longtemps.

A 16 ans il commence à boire beaucoup principalement du *vin*, du *rhum*, de l'*absinthe*, du *vermouth*.

A 20 ans il s'aperçoit qu'il tremblait déjà un peu le matin à jeun. Depuis il a toujours tremblé le matin à son réveil ayant toujours été un fort buveur.

En mars 1893, il rentre pour la première fois à l'asile Ste-Anne où il reste 11 mois. Le certificat du 9 mars 1893 du Dr Magnan porte :

« Alcoolisme chronique avec accès subaigu, hallucinations multiples, idées de persécution ; excitation passagère ».

31 janvier 1894. — Le Dr Dubuisson délivre le certificat suivant : « Accidents alcooliques, est aujourd'hui dans un état de santé très satisfaisant et peut être rendu à la liberté ».

10 février 1894. — Dix jours après sa sortie de Ste-Anne, il est conduit à l'infirmerie spéciale, où notre maître le Dr Paul Garnier porte

le diagnostic suivant : « Alcoolisme chronique, affaiblissement des facultés intellectuelles. Excitation. Désordre dans les idées et les actes. Extravagances. Réclamations incohérentes. Tremblement. Déjà traité ».

11. — Il est envoyé à Ste-Anne où le Dr Magnan conclut au certificat suivant : « Alcoolisme chronique avec excitation, idées confuses de persécution ; extravagances. Léger tremblement des mains ».

17 mai 1894. — A sa sortie de Ste-Anne, il tremble encore.

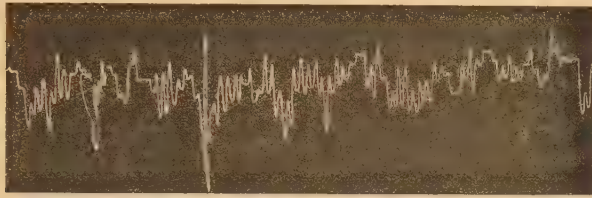
31. — Quatorze jours après sa seconde sortie de l'asile clinique, il nous est encore ramené à l'infirmerie spéciale pour alcoolisme chronique. Remarquons qu'au premier internement du malade les certificats ne mentionnent pas de tremblement ; nous ne devons pas pour cela en conclure qu'il n'y avait pas de tremblement, car le malade lui-même nous assure que depuis l'âge de 20 ans il a toujours tremblé le matin à jeûn ; un examen plus attentif aurait peut-être permis de le déceler.

Etat actuel : 31. — Le malade est atteint d'alcoolisme chronique ; il est très surexcité, réclame à tout moment son mobilier qu'on lui aurait saisi ; il accuse le Dr Magnan de l'avoir fait enfermer alors qu'il n'était pas fou et de l'empêcher de gagner sa vie ; il raconte que le commissaire de police a fracturé sa porte pour lui voler son mobilier. Il se plaint d'avoir des crampes dans les mollets, des pituites le matin. Dans ses rêves, il voit des animaux, des guerres, des combats sanglants. Ces cauchemars, dit-il, il les avait déjà à l'âge de 30 ans. Il accuse aussi des douleurs dans la tête et les yeux. Etat gastrique assez accentué, la langue est sale. Pupilles égales réagissent. Réflexes rotuliens exagérés. Un peu d'hyperesthésie généralisée. La force musculaire est conservée : la main droite marque 85 au dynamomètre et la main gauche 75. Le malade marche facilement, il se tient fort bien sur ses jambes.

Tremblement. — Le tremblement se trouve limité à l'extrémité des membres supérieurs et à la langue. Aucun tremblement du corps ou des membres lorsque le malade est debout les bras pendants le long du corps ou assis la main et l'avant-bras reposant sur la cuisse.

Pour que le tremblement apparaisse il faut faire étendre le bras au malade et écarter les doigts ; alors dans cette position, on remarque à l'extrémité des doigts un tremblement fin, assez rapide à 7 oscillations par seconde. Les oscillations d'amplitude inégale ne se répètent pas toujours d'une façon rythmique et par instant la main qui tremble semble sauter une ou deux oscillations, ainsi que le prouve les plateaux du graphique ci-contre. Néanmoins ce tremblement peut être considéré en quelque sorte comme régulier si nous le comparons à celui de

l'alcoolisme aigu. En outre en regardant les muscles de la région postérieure du bras au jour frisant on constate qu'il n'existe pas de frémissements comme dans l'alcoolisme aigu. L'extrémité seule des membres tremble. La contraction musculaire nécessaire pour saisir un objet comme pour écrire ou pour porter un verre à la bouche par exemple ne donne naissance à aucun trouble moteur : L'action de saisir le style d'un tam-



Tremblement de la main droite dans la position du serment.

bour de Marey, l'avant-bras appuyé nous donne une ligne droite sur le cylindre. L'écriture présente peu de chose à noter, et ne peut être comparée à celle des alcooliques aigus ou subaigus. *En somme le tremblement n'apparaît dans le membre supérieur que lorsque celui-ci exécute un mouvement volontaire et facile, auquel ses muscles ne sont pas habitués, comme celui d'étendre le bras les doigts écartés.*

L'orbiculaire des lèvres présente un tremblement intermittent quand on fait ouvrir la bouche au malade, ce tremblement compte 7 oscillations par seconde.

La langue hors de la bouche offre deux sortes de tremblement :

1°) *Un tremblement fibrillaire* qui est constant plus marqué sur les bords.

2°) *Quelques oscillations antéro-postérieures* moins étendues que dans l'alcoolisme aigu se produisant par intermittence et semblant revêtir par instant la forme des décharges.

Pas de tremblement de la langue au repos. La parole est légèrement embarrassée ; le malade en a lui-même conscience et attribue cet embarras à ce que par moment sa langue s'attache au palais.

En résumé ce tremblement est caractérisé par :

1° *Sa localisation* à l'extrémité des membres supérieurs (aux doigts), à l'orbiculaire des lèvres et à la langue ;

2° *Son absence* au repos ;

3° *Son mode de production* pendant les contractions musculaires volontaires et principalement à l'occasion d'un mouvement pénible auquel ses muscles ne sont pas habitués ;

4° *Son rythme* assez rapide et régulier à sept oscillations par seconde ;

5° *Sa faible amplitude*, ce qui en fait un tremblement fin ;

6° *Son intensité* toujours plus marquée le matin, alors que le malade est à jeun.

Après les nombreuses descriptions du tremblement de l'alcoolisme chronique qui ont été faites depuis le commencement du siècle par nombre d'auteurs, Magnus Huss, Lasègue (1), Charcot et l'école de la Salpêtrière, et Fernet entre autres (2), nous renverrons le lecteur à ce qui a été écrit bien avant nous sur ce sujet, voulant simplement à la fin de ce chapitre retracer très rapidement les différents caractères de ce tremblement afin *d'insister davantage sur le peu de ressemblance* qu'il existe entre le tremblement déjà connu de l'alcoolisme chronique et celui de l'alcoolisme aigu ou subaigu méconnu jusqu'à ce jour.

Rien n'est plus simple en effet que de comparer le tremblement de l'intoxication aiguë avec celui de l'intoxication chronique. Dans les formes aiguës ou subaiguës c'est toujours comme nous l'avons vu un tremblement à grand fracas, un tremblement à grande intensité d'amplitude fort irrégulière, existant généralement au repos, se compliquant le plus souvent de secousses musculaires et tendineuses, de décharges musculaires successives, fréquentes et pourront entraîner l'incoordination des mouvements jusqu'à donner au malade l'aspect du choréique, de la sclérose en plaques. Dans l'alcoolisme aigu le tableau clinique est bruyant, tous les mus-

(1) LASÈGUE. De l'alcoolisme chronique envisagé surtout dans ses rapports avec la paralysie chronique générale : *Arch. gén. de Méd.*, 1852, t. 1, p. 49.

(2) FERNET, thèse agrégation Paris, 1872.

cles de la placé sont en mouvement, les fibres musculaires de la langue offrent des ondulations vermiculaires en même temps que l'organe en entier, hors de la bouche, et comme affolé exécute des séries de mouvements antéro-postérieurs (de trombone); la parole tremblée saccadée est à peine incompréhensible, la tête oscille sur le tronc qui vibre dans toutes ses parties, et les membres dans leur totalité offrent un tel tremblement et des décharges musculaires si nombreuses que les mouvements ordinaires de la vue de relation qui leur sont habituels deviennent presque impossibles.

Dans l'alcoolisme chronique rien d'aussi bruyant et le tremblement passerait souvent inaperçu si le clinicien n'avait eu soin de le rechercher attentivement. Ici pas de tremblement au repos, pas de tremblement généralisé, c'est un tremblement fin, d'amplitude légère, localisé aux extrémités, aux doigts principalement, ne prenant de la tête que la langue, l'orbiculaire des lèvres quelquefois, et encore sur la langue les décharges musculaires d'ordinaire si légères y font le plus souvent défaut; plus accentué le matin à jeun, il faut pour le faire naître des mouvements nécessitant de la part du membre des contractions musculaires *d'une certaine intensité*, la contraction en effet que nécessite l'acte d'écrire ou de porter un verre à la bouche par exemple ne sont pas suffisantes pour la faire naître, aussi faut-il demander au membre des contractions plus violentes comme celles voulues par exemple par l'acte d'étendre le bras dans la position du serment les doigts écartés. L'évolution de ce tremblement est quelquefois même essentiellement chronique et sa terminaison peut se faire soit par la guérison après plusieurs mois, soit par la transformation lente et progressive en un tremblement offrant tous les caractères de la paralysie générale; cette dernière mode de terminaison s'explique en effet très simplement, car « les troubles nerveux de l'alcoolisme chronique se compliquent et se confondent également avec les lésions alcooliques du système nerveux » ... C'est à cause de cette transformation dont on ne peut méconnaître l'importance que le diagnostic différentiel entre l'al-

coolisme chronique et certaines formes de paralysies généralisées présente souvent tant de difficultés, tandis que personne n'a songé à établir un parallèle entre ces paralysies et l'alcoolisme aigu ou subaigu » (1).

Après avoir essayé de montrer la différence très grande qui sépare cliniquement le tremblement de l'intoxication aiguë ou subaiguë de celui de l'intoxication chronique, nous devons cependant ajouter qu'on pourrait rapprocher ces deux sortes de tremblement en se basant sur certains points de ressemblance. En effet dans l'une comme dans l'autre le rythme est toujours régulier, assez rapide, à sept oscillations par seconde en moyenne, les membres supérieurs étendus présentent suivant la forme dans la totalité ou à l'extrémité seulement des vibrations verticales, le tremblement enfin est toujours produit ou tout au moins augmenté par les contractions musculaires volontaires, soit du tremblement intentionnel.

En terminant ce chapitre nous dirons avec M. Fernet que « si, comme il convient de le faire, on veut assigner au tremblement sa place dans la série des désordres nerveux d'origine alcoolique, on peut dire que le tremblement à lui seul ne suffit jamais pour affirmer la nature de la maladie, mais que les autres accidents, quels qu'ils soient, quand ils ne *sont pas accompagnés du tremblement* doivent prêter au doute » (2).

(1) FERNET, Th. agrégation, Paris, 1872, p. 40.

(2) FERNET, *loco citato*.

Vu :

Le Président de la thèse,
CORNIL.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

CHAPITRE V

Diagnostic différentiel des différents types du tremblement alcoolique.

	Tremblement de Palcoolisme.	Aigu Subaigu	Tremblement de Palcoolisme chronique.
1° D'APRÈS LE SIÈGE.	1° TYPE : <i>Tremblement généralisé.</i> 2° TYPE : <i>Tremblement occupant tronc et membres.</i> 3° TYPE : <i>Tremblement localisé aux membres.</i>		Toujours localisé aux membres supérieurs, aux doigts principalement.
2° D'APRÈS L'INTENSITÉ.	Très grande. Toujours plus marquée que dans l'alcoolisme chronique. Toujours plus marquée le soir, le tremblement augmentant à la tombée de la nuit.		Faible. Toujours plus marquée le matin (alors que le malade est à jeun).
3° D'APRÈS LE MODE DE PRODUCTION.	Existe au repos (<i>type continu au type intermittent</i>). Augmente d'intensité avec l'effort musculaire : si le tremblement n'existe pas au repos (<i>type intentionnel mixte</i>). <i>Aux membres supérieurs.</i> Type simple : (caractérisé par une trémulation de tout le membre, sans mouvements des différents segments les uns sur les autres). Type composé : (en outre du tremblement en masse, type précédent, les deux premières phalanges vibrent sur la troisième, la main sur l'avant-bras et parfois l'avant-bras sur le bras, ces vibrations sont surtout dues aux muscles fléchisseurs).		N'existe pas au repos. Apparaît avec effort musculaire (<i>type intentionnel</i>). <i>Type digital</i> : localisé à l'extrémité des doigts.

	Tremblement de l'alcoolisme.	Aigu Subaigu	Tremblement de l'alcoolisme chronique.
4° D'APRÈS L'AMPLITUDE.	Très grande. Fort irrégulière.		Assez faible. Régulière.
5° D'APRÈS LE RYTHME.	Pas de différence, régulier, six oscillations 1/2 à sept oscillations 1/2 par seconde.		Quelques rares mouvements antéro-postérieurs mais chez alcooliques avancés seulement.
6° D'APRÈS LE TREMBLEMENT DE LA LANGUE ET DES LÈVRES.	(Mouvements de trombone) de la langue (<i>décharges musculaires</i>). Tremblement fibrillaire de la langue. Tremblement des lèvres et de la face au repos quelquefois, et des lèvres pendant et à la suite des contractions de l'orbiculaire.		Tremblement surtout à la dernière période de l'alcoolisme chronique et pendant les mouvements seulement.
7° D'APRÈS LES TROUBLES MOTEURS SURAJOUTÉS.	1° <i>Secousses musculaires</i> et tendineuses. 2° <i>Décharges musculaires</i> . 3° <i>Incoordination des mouvements</i> (aspect choréiforme du malade). 4° <i>Spasme musculaire</i> q. q. f. 5° <i>Attaques convulsives</i> parfois. <i>Type absinthique</i> avec maximum d'intensité sur la langue. <i>Type de l'intoxication par l'amer picon</i> avec maximum d'intensité sur les membres avec secousses et décharges musculaires (Mouvements cholériques).		
8° D'APRÈS LE TOXIQUE.	<i>Type de l'intoxication par l'eau-de-vie et le vin</i> avec maximum d'intensité aux membres supérieurs, généralement sans secousses et décharges musculaires.		Que l'intoxication chronique soit produite par l'absinthe, l'amer picon, l'eau-de-vie ou le vin, le tremblement ne varie pas. (<i>Type digitale</i>).
9° D'APRÈS L'ÉVOLUTION ET LA TERMINAISON.	<i>Évolution</i> , assez rapide. <i>Terminaison.</i> Par guérison au bout de qq. j. 3 semaines au maximum. Avec la mort généralement, si tous les troubles moteurs persistent avec la grande intensité du début pendant plus de trois ou quatre jours.		<i>Évolution</i> , essentiellement lente. <i>Terminaison.</i> Par guérison q. q. f. à la longue au bout de plusieurs mois. Par passage à la chronicité pour aboutir peu à peu au tremblement de la P. G. P.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
